

MÓDULO  
**65+**

## MÓDULO DE QUESTÕES PARA CUIDADOS AOS IDOSOS

**ENQUADRAMENTO TEÓRICO, INSTITUCIONAL E  
ESTATÍSTICO DOS CUIDADOS SOCIAIS A IDOSOS EM  
PORTUGAL**

---

MÓDULO DE QUESTÕES PARA CUIDADOS AOS IDOSOS

---

PTDC/CS-SOC/117593/2010

---

**COORDENAÇÃO:**

Alexandra Lopes

**EQUIPA DE INVESTIGAÇÃO**

António Fonseca

Ignacio Martín

Isabel Dias

José São José

Paulo Santos

Pedro Moura Ferreira

Rute Lemos

Sandra Pereira

**UNIDADE DE INVESTIGAÇÃO**

Instituto de Sociologia da Faculdade de Letras da Universidade do Porto

**DATA DE PUBLICAÇÃO**

15 de março de 2013

**ISBN:** 978-989-8648-04-4

Para citar este documento:

Lopes, A. e Lemos, R. (Coord.), Dias, I.; Ferreira, P.; Fonseca, A.; José, J.; Martín, I.; Pereira, S. e Santos, P. (2013) Enquadramento teórico, institucional e estatístico dos cuidados sociais a idosos em Portugal, Porto, FLUP e ISFLUP. [http://web.letras.up.pt/modulo65mais/index\\_files/Page532.htm](http://web.letras.up.pt/modulo65mais/index_files/Page532.htm)

## Índice

<b>1. Introdução .....</b>	<b>3</b>
<b>1.1. Objetivo deste relatório .....</b>	<b>4</b>
<b>2. Revisão da literatura .....</b>	<b>6</b>
<b>3. Instrumentos de recolha de dados e dados disponíveis .....</b>	<b>12</b>
<b>4. Enquadramento institucional e respostas sociais aos cuidados de idosos</b>	<b>41</b>
<b>4.1. Benefícios monetários .....</b>	<b>41</b>
<b>4.2. Benefícios não monetários .....</b>	<b>44</b>
<b>4.3. Políticas e programas integrados .....</b>	<b>48</b>
<b>4.4. Mecanismos de acesso à proteção social e modalidades de financiamento.....</b>	<b>51</b>
<b>5. Conclusões e implicações para o Módulo 65+ .....</b>	<b>60</b>

## 1. Introdução

Um pouco por toda a Europa se assume que os próximos anos serão marcados por um aumento na pressão sobre a procura de cuidados de apoio à população idosa, uma consequência anunciada do próprio processo de envelhecimento demográfico. Um dos grandes desafios que se coloca aos decisores políticos é o de encontrarem mecanismos eficientes, e financeiramente sustentáveis, para responder a essa pressão, mecanismos que precisam de estar ancorados num conhecimento detalhado da realidade que procuram reformar. Em Portugal, em concreto, e até à data, é muito limitada a informação estatística de âmbito nacional no domínio da prestação de cuidados sociais à população idosa, existindo uma necessidade real de desenvolver um instrumento capaz de a produzir.

O objetivo geral do projeto **Módulo de Questões para Cuidados aos Idosos (Módulo 65+)** é o desenvolvimento de um módulo integrado de questões que possa vir a ser incluído em inquéritos nacionais, de tipo longitudinal ou transversal, e que promova a recolha de dados sobre a utilização de serviços de apoio social e de cuidados por parte da população idosa, sobre modalidades de financiamento e sobre provisão e obtenção de cuidados informais, temas em relação aos quais persiste uma ausência grave de informação estatística fiável, em termos de representatividade nacional, e robusta em termos de capacidade para medir um fenómeno que é, por definição, complexo e multifacetado.

**Módulo 65+** parte do trabalho que foi desenvolvido por uma equipa de investigadores no Reino Unido, entre 2009 e 2010. A equipa inglesa, que incluía investigadores do *National Center for Research (NatCen)*, da *University of East Anglia (UEA)* e da unidade de investigação conjunta da *London School of Economics* e da *University of Kent, Personal Social Services Research Unit (PSSRU)*, desenvolveu um módulo de questões similar ao que se pretende desenvolver em contexto português, módulo esse que foi incluído, já em 2011, no inquérito nacional de saúde inglês (*Health Survey for England*) e no projeto longitudinal *ELSA (English Longitudinal Survey on Ageing)*. As questões que foram desenvolvidas para o caso inglês foram o ponto de partida para o trabalho da equipa portuguesa, pretendendo-se que o produto final do projeto seja um módulo que cumpra não só os objetivos substantivos de medição do fenómeno «Cuidados sociais entre a população idosa portuguesa», mas também um módulo

que garanta a comparabilidade internacional de resultados, nomeadamente em relação ao caso inglês.

### 1.1. Objetivo deste relatório

O desenvolvimento do projeto **Módulo 65+** assenta num plano de trabalho alargado que envolve 5 etapas principais, alinhadas com os preceitos da metodologia TRAPD tal como descrita por Harkness (2005)<sup>1</sup>: revisão da literatura e sistematização de dados existentes (1); tradução do módulo de questões e adaptação ao contexto português (2); consulta de painel Delphi de especialistas para revisão do questionário (3); testes cognitivos ao questionário (4); desenvolvimento do modelo final e da documentação técnica de apoio à sua implementação (5).

Este relatório dá resposta à primeira etapa do projeto de desenvolvimento do módulo de questões e funciona como um elemento de contextualização (*background*) para o aprofundamento do processo de adaptação do instrumento inglês à realidade portuguesa. Está estruturado em torno de **três objetivos específicos** que orientarão a própria formatação final do texto em termos de organização:

- A revisão da literatura portuguesa no domínio dos mecanismos de apoio social a idosos, produzida por investigadores portugueses durante os últimos 15 anos;
- A análise detalhada dos instrumentos de recolha de dados implementados em Portugal e dos respetivos dados gerados, para identificação de pontos fortes e pontos fracos no mapeamento do objeto do módulo de questões;
- A sistematização do enquadramento institucional aos cuidados sociais aos idosos, no âmbito do sistema de segurança social português, para identificação das respostas sociais existentes.

---

<sup>1</sup> Harkness, J. et al. (2004). "Questionnaire Translation and Assessment", in: Presser, S. et al. (eds.) *Methods of Testing and Evaluating Survey Questionnaires*, New Jersey: John Wiley and Sons.

## 1.2. Metodologia

Os conteúdos deste relatório resultam de um trabalho de pesquisa que envolveu, sobretudo, a compilação sistemática de informação recolhida após busca num leque diversificado de fontes. Em primeiro lugar, compilou-se informação disponível em vários repositórios académicos portugueses (repositórios universitários oficiais e centros documentais de unidades de investigação). Foi sobretudo esta informação que alimentou a revisão da literatura. A revisão da grelha institucional de enquadramento aos mecanismos de apoio social a idosos fez-se, maioritariamente, a partir de análise documental, com particular enfoque em textos oficiais disponíveis nos Ministérios da Solidariedade Social e da Saúde, assim como nos diretórios europeus e, concretamente, no mecanismo europeu *MISSOC (Mutual Information System on Social Protection)*.

A sistematização de dados e instrumentos de recolha de dados, direta ou indiretamente relacionados com o tema do módulo de questões, envolveu a revisão da informação disponível nas principais agências produtoras de dados em Portugal, nomeadamente, o Instituto Nacional de Estatística e o Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. Adicionalmente, foram analisados estudos/projetos de investigação que envolveram recolhas extensivas de dados junto a amostras nacionais para identificação de indicadores utilizados.

## 2. Revisão da literatura

Na tabela abaixo compila-se a distribuição temporal das referências bibliográficas identificadas para o período entre 1997 e 2012, resultante da aplicação de filtros de busca da área semântica dos cuidados sociais a idosos. O quadro de evolução que se compõe, de alguma forma, acaba por refletir a progressiva aproximação da comunidade académica portuguesa à temática, nomeadamente no campo das Ciências Sociais, à medida que esta se vai assumindo como mais urgente na própria agenda pública e política.

**Quadro 1 – Número de referências bibliográficas registadas, por ano: 1997-2012<sup>a</sup>**

Ano	N.º Referências
1997	6
1998	6
1999	8
2000	8
2001	13
2002	9
2003	8
2004	15
2005	19
2006	14
2007	32
2008	26
2009	47
2010	46
2011	35
2012	8

<sup>a</sup> Atendendo à data de produção deste texto, o valor relativo a 2012 reflete as referências publicadas no primeiro semestre do ano.

Durante a última década do século XX, as questões do envelhecimento não constituíram um tema que gerasse investimento significativo em investigação sociológica e nas ciências sociais em geral. Aliás, é precisamente no ano de 1999 que se assiste a um primeiro ligeiro acréscimo de produção, o qual poderá refletir, em certa medida, a visibilidade que o tema do envelhecimento demográfico adquiriu na sequência da proclamação desse ano como o Ano Internacional dos Idosos, pelas Nações Unidas. Os movimentos internacionais, e nacionais também, que se acentuaram a partir dessa data, acabariam por reclamar, junto da comunidade científica, estudos e propostas como alicerces para o desenvolvimento de respostas políticas eficazes para fazer face aos desafios inerentes a essa tendência de evolução demográfica.

Apesar do aumento paulatino do interesse da academia portuguesa no envelhecimento como objeto de estudo, alguns continuam a considerar que não se passou, ainda, da fase emergente no universo das Ciências Sociais, sendo necessários alguns aprofundamentos, teóricos e metodológicos, para a consolidação da temática na produção nacional.

Relativamente aos projetos de investigação, não foi possível avançar com uma análise de evolução quantitativa pela ausência de informação sobre as datas de início de grande parte dos projetos. Do levantamento de dados efetuado, registaram-se, nos últimos 15 anos, 62 projetos desenvolvidos por centros de investigação nacionais, alguns em contexto de parceria com entidades estrangeiras. Neste universo incluem-se, naturalmente, projetos de alcance diferenciado, tanto em termos de duração, como em termos de abrangência temática e, até, territorial. A cena nacional, porém, continua profundamente marcada pela ausência de estudos sociais de cariz extensivo e de base nacional, somando-se projetos de incidência local, segundo registos de tipo intensivo, com uso sobretudo de metodologias de investigação de tipo qualitativo. Pese embora o reconhecimento da importância destes estudos, fundamentais no mapeamento do próprio objeto, a comunidade de investigadores sociais portugueses tem-se debatido com alguma dificuldade em desenvolver estudos mais alargados, sendo só mais recentemente que se registam alguns investimentos mais significativos neste domínio. Exemplo disso é a participação portuguesa no desenvolvimento de um módulo sobre as expressões do idadismo no âmbito do *European Social Survey*, com dados relativos aos anos 2008 e 2009 ou, ainda, a integração de Portugal no projeto *SHARE (Survey on Health, Ageing and Retirement in Europe)*.

Quando passamos à exploração mais pormenorizada dos domínios de análise privilegiados nas abordagens sobre o envelhecimento, ou seja, as principais áreas temáticas focadas nos



trabalhos publicados, identificam-se quatro grandes áreas dominantes. São elas: normas, valores e representações sociais; mercado de trabalho, emprego e reforma; dependências e cuidados; vulnerabilidades e desigualdades. Procedeu-se à classificação das cerca de 300 referências bibliográficas de acordo com esses quatro grandes temas, abrindo-se a possibilidade de que um mesmo trabalho fosse enquadrado em mais do que uma área. A classificação baseou-se na análise dos resumos, palavras-chave e índices dos trabalhos publicados, sendo que nas situações em que permaneciam dúvidas, a opção recaiu na leitura de algumas secções das obras. No quadro abaixo sistematiza-se o contingente de ocorrências em cada área temática.

**Quadro 2 – Número de ocorrências em cada grande área temática de investigação: 1997-2012**

Áreas temáticas	N.º vezes que é abordada
Normas, valores e representações sociais	48
Mercado de trabalho, emprego e reforma	34
Dependências e cuidados	196
Vulnerabilidade e desigualdade	86

A primeira grande área temática, que escolhemos designar como “Normas, Valores e Representações Sociais”, compreende um leque bastante diversificado, mas que responde, de forma global, à necessidade de fazer emergir os elementos estruturantes da ação social que passam por conceitos, representações, atitudes e expectativas ligadas à idade. No fundo, trata-se de uma grande área temática que dá desenvolvimento ao interesse dos cientistas sociais nos processos sociais de construção da idade. Alguns temas que aparecem com maior frequência incluem questões tão variadas como: as representações dos idosos sobre o processo de envelhecimento; as representações sociais e as atitudes da população em geral face aos idosos e ao envelhecimento, destacando-se aqui um conjunto de trabalhos sobre os estereótipos existentes na sociedade relativamente aos mais idosos, frequentemente traduzidos em discriminação, num fenómeno denominado por *idadismo*, *ageísmo* ou *gerontofobia*; os processos de construção de identidades na velhice; as representações sobre a

dependência, a doença e a morte; ou, ainda, a influência da religiosidade e da espiritualidade nas atitudes face ao envelhecimento.

A segunda grande linha de investigação que foi identificada é dominada pelas questões do “Mercado de Trabalho, Emprego e Reforma”. Esta é, curiosamente, uma área temática que tem tido um acolhimento desproporcional à centralidade que foi assumindo na agenda de debate político. Se há alguma área que tem reunido particular atenção no plano da intervenção política tem sido a que decorre dos desafios que o envelhecimento demográfico coloca aos mecanismos tradicionais de organização do mercado de trabalho, nomeadamente no que diz respeito ao *interface* destes com os sistemas de proteção social. No entanto, não tem sido igualmente expressivo o interesse da comunidade de investigadores portugueses nessa temática. Entre os temas mais frequentemente encontrados nos trabalhos publicados aparecem: os modelos de transição da atividade profissional para a reforma e os fatores que influenciam esse processo; as trajetórias de vida e as estratégias de ocupação do tempo na reforma, nomeadamente no que envolve lazeres e atividades de voluntariado; o papel dos idosos e o seu contributo ativo e produtivo na sociedade.

A área temática das “Dependências e Cuidados”, a terceira por nós identificada, é, sem margem para dúvidas, o domínio de investigação mais produtivo, concentrando um maior volume de trabalhos publicados. A forte implicação da produção de conhecimento na procura de respostas para aquilo que tem sido amplamente reclamada como uma das áreas de maiores desafios no campo do envelhecimento demográfico – o aumento das dependências e a pressão sobre os sistemas de prestação de cuidados – poderá ser um dos fatores explicativos do maior interesse nesta área por parte dos próprios investigadores. É uma temática que, adicionalmente, retoma o vasto património de conhecimento acumulado no âmbito da Sociologia da Família, com algumas incursões, ainda, pela Sociologia do Género, propiciando, por isso, intercâmbios temáticos que beneficiam da atividade já consolidada de um conjunto alargado de investigadores. Entre os trabalhos que foram classificados nesta área temática, encontramos um enfoque muito particular nas redes de apoio social e de cuidados, formais e informais, nas necessidades do idoso e na discussão sobre os mecanismos de garantia do seu bem-estar, apontando-se áreas de intervenção política para dar resposta aos impactos do envelhecimento demográfico. No eixo analítico das “Dependências e Cuidados”, as abordagens desenvolvidas centram-se quer no recetor de cuidados, quer no prestador de cuidados, assim como na dinâmica da interação que se estabelece entre eles. Alguns temas mais específicos que apareceram com particular frequência incluem: a identificação das carências na prestação

de cuidados aos idosos, quer a nível técnico e material, quer a nível pessoal/social; propostas de medidas de políticas sociais e outras medidas de prestação de cuidados e apoio social a idosos e cuidadores; a prestação de cuidados a idosos que apresentam problemas de saúde, tais como demência, sequelas de AVC's, doença oncológica, depressão e doenças crónicas; o modo como as famílias estruturam os cuidados ao idoso e articulam os apoios formais e informais; as famílias enquanto parceiro estratégico nos cuidados a idosos; as necessidades sentidas pelos cuidadores formais, sendo que, neste âmbito, a maior parte dos estudos se centra nos enfermeiros. Tendo em consideração que, no contexto nacional português, as estratégias de vida dos idosos apresentam fortes traços de familismo, desenvolvem-se com alguma expressão os estudos cujo enfoque é, precisamente, o cuidador informal, na maioria das situações, familiar do idoso. Aqui encontramos estudos sobre o perfil do cuidador informal, sobre os significados que este atribui ao ato de cuidar e, ainda, sobre o impacto que a prestação de cuidados tem na vida do cuidador informal, quer ao nível das vivências pessoais, quer ao nível da conciliação com o trabalho, passando pelas questões da sobrecarga e das consequências para o seu estado de saúde física e mental. A abordagem sob a lente das leituras de género também gera grande interesse, apontando-se aqui estudos que se debruçam sobre a feminização dos cuidados a idosos, sendo uma das vertentes de análise privilegiada o modo como as mulheres conciliam o trabalho com os cuidados a idosos a seu cargo. Esta análise, naturalmente, não se dissocia da discussão sobre as questões normativas na base da definição do papel social das mulheres como alicerce principal de provisão de bem-estar familiar. Será de salientar, porém, que nos anos mais recentes têm surgido abordagens que se debruçam sobre a participação masculina nos cuidados prestados, nomeadamente aqueles que envolvem o cuidado em contexto de conjugalidade. Nas linhas de investigação que ressaltam o papel da família como parceiro estratégico nos cuidados a idosos apontam-se trabalhos que destacam a importância da formação/educação do cuidador informal, no sentido de garantir uma prestação de cuidados com qualidade. Por último, e ainda enquadrado na área temática das dependências e cuidados, começam a surgir alguns estudos sobre os serviços/apoios fornecidos pela Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, temática mais recente que acompanha, precisamente, algumas das tendências de evolução no plano político e institucional no que toca à gestão das dependências e dos cuidados continuados no nosso país.

O quarto, e último, grande tema de investigação identificado foi designado “Vulnerabilidades e Desigualdades”, tema muito caro à Sociologia portuguesa em geral, embora de todos, aquele

que, porventura, representará um universo mais heterogéneo, tanto em termos de objeto, como em termos teóricos e metodológicos. Entre as várias questões trabalhadas pelos cientistas sociais portugueses incluem-se aquelas relacionadas com a violência doméstica e institucional, com enfoque nos comportamentos de abuso a idosos, analisando-se tipos de maus-tratos, em contexto familiar e em contexto institucional, identificando-se fatores de risco e estratégias de intervenção social contra a violência a idosos. Outra vertente de análise que se enquadra nesta grande temática das desigualdades e das vulnerabilidades, que se cruza com as questões associadas a transformações nos valores e normas das sociedades contemporâneas, debruça-se sobre as alterações na composição dos agregados familiares, nomeadamente no que envolve os impactos da diminuição de agregados familiares complexos e o aumento de idosos a viverem sós. Este crescente isolamento doméstico das coortes mais idosas da população implica uma maior vulnerabilidade deste grupo social à pobreza e à exclusão social, assim como alterações nos padrões de redes de solidariedade intergeracionais. Um dos eixos estruturantes dos trabalhos que se debruçam sobre a temática das desigualdades e das vulnerabilidades entre idosos releva o carácter heterogéneo deste grupo social, explorando os riscos de vulnerabilidade numa perspetiva multidimensional, que procura avaliar o impacto que diferentes variáveis assumem na forma como se estruturam desigualdades de padrões de vida na velhice, no grau de satisfação dos idosos perante a vida, entre outros. Entre as variáveis mais amiúde trabalhadas encontramos o rendimento, a região de residência segundo a dicotomia rural/urbano, o tipo de agregado familiar, o acesso a redes de apoio formais e informais, o estado de saúde e o grau de dependência, o género ou, ainda, os ambientes de vida, com enfoque particular no espaço habitacional.

Grande volume de obras publicadas sobre o envelhecimento demográfico envolvem uma leitura de influência sociológica mas tem proveniências múltiplas. Destacam-se, em particular, os trabalhos desenvolvidos no âmbito de programas de mestrado e de doutoramento, assim como os trabalhos desenvolvidos no âmbito das atividades de centros de investigação em domínios científicos variados, desde a Sociologia até à Gerontologia Social, passando pela Psicologia, o Serviço Social, a Enfermagem e a Saúde Pública ou até as Ciências da Educação. Este traço reforça aquilo que se destaca como particularmente marcante na forma como se foi definindo o objeto de estudo “envelhecimento”, o seu forte carácter multidisciplinar, onde se esbatem limites fronteiriços entre domínios científicos.

### 3. Instrumentos de recolha de dados e dados disponíveis

A recolha de informação para reconhecimento de instrumentos de produção de dados, e dos dados disponíveis propriamente ditos, foi feita tendo em vista, sobretudo, a avaliação simultânea do manancial de indicadores direta e indiretamente relacionados com o tema da prestação de cuidados sociais a idosos já disponíveis em Portugal, assim como daqueles que não existem e que se sustenta neste projeto ser necessário produzir.

Assumiu-se, desde o momento de conceção do projeto, que a construção do instrumento de recolha de dados que se pretende com o **Módulo 65+** teria que ser feita tendo em conta a necessidade de ligação a dados oficiais já existentes (*data linkage*). Só dessa forma se poderá garantir que os dados que vierem a ser produzidos podem ser comparados/contextualizados/contrastados com a informação estatística oficial. Nesse sentido, a análise dos instrumentos e indicadores correntemente em uso pelas principais instituições de referência na produção de dados estatísticos nacionais, sobre a população idosa, teve como objetivo, também, a sistematização de uma matriz de referência que sirva para ajustar o módulo em termos do seu potencial de *data linkage*.

O quadro 3 abaixo sistematiza a informação recolhida, organizada segundo as entradas seguintes:

- Nome do instrumento de recolha de dados;
- Entidade responsável pela criação e gestão do instrumento de recolha de dados;
- Objetivos principais na base do instrumento de recolha de dados;
- Principais indicadores disponíveis com ligação ao tema dos cuidados sociais a idosos;
- Metodologia de recolha de dados utilizada.

Quadro 3 – Sistematização de dados e instrumentos disponíveis no campo de cuidados a idosos

Inquérito	Entidade Responsável	Objetivo	Variáveis	Metodologia
Inquérito Nacional de Saúde	Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge; Instituto Nacional de Estatística.	Estimar indicadores sobre o estado de saúde da população portuguesa através da realização de um Inquérito Nacional de Saúde.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Estado de saúde, doenças crónicas e incapacidades</b> (estado de saúde auto-percebido, peso e obesidade, incapacidade temporária, incapacidade física de longa duração, doenças crónicas, sofrimento psicológico), com vista à caracterização do estado de saúde e doença da população residente;</li> <li>- <b>Cuidados de saúde e prevenção</b> (consultas médicas, saúde oral, utilização de medicamentos, saúde reprodutiva, vacinação contra a gripe, monitorização do colesterol e tensão arterial elevada, doação de sangue, utilização dos subsistemas de saúde e seguros de saúde), com vista à caracterização dos residentes sobre comportamentos preventivos e curativos;</li> <li>- <b>Determinantes da saúde</b> relacionados com estilos de vida (consumo de tabaco, consumo de alimentos, consumo de bebidas alcoólicas, atividade física), com vista à caracterização dos hábitos dos residentes que podem constituir elementos preventivos da doença;</li> <li>- <b>Qualidade de vida</b> (qualidade de vida auto-percebida).</li> </ul>	Inquérito geral de saúde com recolha de dados por entrevista direta, no domicílio, a uma amostra probabilística, representativa da população residente em unidades de alojamento em Portugal.

Quadro 3 – Sistematização de dados e instrumentos disponíveis no campo de cuidados a idosos (continuação)

Inquérito	Entidade Responsável	Objetivo	Variáveis	Metodologia
<p><b>Uma Observação sobre Cuidados Continuados no Domicílio</b></p> <p>(2008)</p>	<p>Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. Departamento de Epidemiologia.</p> <p>(Coord. Maria João Branco e Eleonora Paixão)</p>	<p>Contribuir para a caracterização de cuidados continuados, nomeadamente de longo termo e paliativos, através da informação fornecida diretamente pela população alvo potencialmente beneficiária da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, no Continente.</p>	<p>- <b>Caracterização dos inquiridos:</b> sexo, idade, nível de instrução, situação perante o trabalho e Região de Saúde de residência;</p> <p>- <b>Caracterização dos elementos das Unidades de Alojamento (UA) com necessidade de cuidados específicos:</b> tipo de dependência;</p> <p>- <b>Caracterização dos cuidados utilizados:</b> ajudas técnicas e outras;</p> <p>- <b>Caracterização das UA:</b> «Tipo de habitat»; «Nº de assoalhadas»; Densidade de ocupação; «Média de idades dos indivíduos residentes nas UA»;</p> <p>- <b>Caracterização dos cuidadores:</b> sexo, idade e grau de parentesco com o dependente.</p>	<p>O estudo, descritivo e transversal, constou de um inquérito realizado por entrevista telefónica. A amostra foi selecionada utilizando o instrumento ECOS. Tratou-se de uma amostra aleatória constituída por 1034 unidades de alojamento (UA) com telefone fixo, estratificada por Região de Saúde do Continente, com alocação homogénea. A recolha de dados realizou-se através da aplicação de um questionário (em anexo no relatório) especificamente desenvolvidas para os objetivos do estudo, com base em instrumentos utilizados noutros estudos nomeadamente, o <i>Behavioral Risk Factor Surveillance System Survey Questionnaire</i>.</p>

Quadro 3 – Sistematização de dados e instrumentos disponíveis no campo de cuidados a idosos (continuação)

Inquérito	Entidade Responsável	Objetivo	Variáveis	Metodologia
Uma observação dos cidadãos idosos no princípio do século XXI (2001)	Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. ONSA - Observatório Nacional de Saúde. (Maria João Branco; Paulo Jorge Nogueira; Carlos Matias Dias)	Obter informação sobre alguns aspetos relacionados com a saúde dos idosos, nomeadamente, as capacidades, funcionais e locomotora, a rede social de suporte, a saúde oral e a morbilidade por acidentes domésticos e de lazer e doenças crónicas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Caracterização demográfica:</b> sexo, idade, nível de instrução, estado civil, composição do agregado familiar, ocupação, alojamento e respetiva região de residência;</li> <li>- <b>Capacidade de mobilização;</b></li> <li>- <b>Capacidade funcional</b> relacionada com a execução das atividades da vida diária (AVD);</li> <li>- <b>Morbilidade</b> por doenças crónicas e por acidentes domésticos e de lazer (ADL);</li> <li>- <b>Saúde oral;</b></li> <li>- <b>Realização de trabalho de âmbito familiar</b> (atividades domésticas, cuidar das crianças) e <b>voluntariado</b> (aqui definido como trabalho extra, não remunerado, realizado por iniciativa própria, em regra com um objetivo de âmbito social, enquadrado ou não institucionalmente);</li> <li>- <b>Rede de contactos sociais;</b></li> <li>- Auto-perceção sobre <b>satisfação com o estilo de vida.</b></li> </ul>	O estudo envolveu a realização de um inquérito por entrevista telefónica assistida por computador. O questionário foi aplicado a uma amostra constituída pelas pessoas de 65 e mais anos residentes nas unidades de alojamento que integram a amostra ECOS. Em cada agregado apenas foi inquirido um elemento, através do qual se obteve informação de todas as pessoas com 65 e mais anos aí residentes.



Quadro 3 – Sistematização de dados e instrumentos disponíveis no campo de cuidados a idosos (continuação)

Inquérito	Entidade Responsável	Objetivo	Variáveis	Metodologia
Inquérito às Despesas das Famílias	INE – Instituto Nacional de Estatística		<p>Com base nos dados recolhidos, as equipas do INE desenvolvem análises a grupos específicos da população, entre os quais os idosos.</p> <p><b>Pobreza e exclusão social nas famílias com idosos em Portugal.</b> <i>Revista de Estudos Demográficos</i>, nº 35 pp. 143-169</p> <p>Autoras: Cristina Gonçalves e Catarina Silva</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Distribuição do total de famílias clássicas sem idosos, com idosos e outros e só de idosos, Portugal, 1991 e 2001;</li> <li>- Taxa de variação do total de famílias clássicas e famílias clássicas sem idosos e só de idosos, Portugal e NUTS II, 1991-2001;</li> <li>- Distribuição do total de famílias clássicas com idosos e outros, NUTS III, 2001;</li> <li>- Estrutura da população total e dos 10% mais pobres por grupos de idade, Portugal, 2000;</li> <li>- Algumas características da população idosa (65 ou mais anos) total e dos 10% mais pobres, Portugal, 2000;</li> <li>- Índices de pobreza segundo o rendimento segundo a tipologia de agregado doméstico privado, Portugal, 2000</li> <li>- Índices de pobreza segundo o rendimento, NUTS II, 2000,</li> <li>- Índices de pobreza segundo as condições de vida segundo a tipologia de agregado doméstico privado, Portugal, 2000;</li> </ul> <p>(continua)</p>	<p>O IDEF é um inquérito realizado por entrevista direta junto de uma amostra aleatória representativa de 16700 alojamentos, prevendo-se a sua realização de cinco em cinco anos, enquanto operação que substitui o anterior Inquérito aos Orçamentos Familiares.</p>

Quadro 3 – Sistematização de dados e instrumentos disponíveis no campo de cuidados a idosos (continuação)

Inquérito	Entidade Responsável	Objetivo	Variáveis	Metodologia
Inquérito às Despesas das Famílias			<p>(continuação)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Índices de pobreza segundo o rendimento e as condições de vida, Portugal e NUTS II, 2000,</li> <li>- Índices de pobreza segundo as condições de vida, Portugal e NUTS II, 2000,</li> <li>- Distribuição dos agregados com idosos, total e pobres segundo o rendimento e as condições de vida, NUTS II, 2000,</li> <li>- Estrutura das receitas médias líquidas anuais por adulto equivalente, segundo o tipo de agregado doméstico privado (ADP), Portugal, 2000,</li> <li>- Estrutura das despesas médias anuais por adulto equivalente, segundo o tipo de agregado doméstico privado (ADP), Portugal, 2000,</li> <li>- Estrutura das receitas médias líquidas anuais por adulto equivalente em agregados pobres e não pobres de acordo com a linha de pobreza segundo o rendimento, segundo o tipo de agregado doméstico privado (ADP), Portugal, 2000,</li> <li>- Estrutura das despesas médias anuais por adulto equivalente em agregados pobres e não pobres de acordo com a linha de pobreza segundo o rendimento, segundo o tipo de agregado doméstico privado (ADP), Portugal, 2000.</li> </ul>	

Quadro 3 – Sistematização de dados e instrumentos disponíveis no campo de cuidados a idosos (continuação)

Inquérito	Entidade Responsável	Objetivo	Variáveis	Metodologia
Inquérito à Ocupação do Tempo (1999)	INE – Instituto Nacional de Estatística		<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Duração média diária dos cuidados prestados</b> às crianças e aos adultos da família (h) por Sexo e Tipo (tarefas);</li> <li>- <b>Duração média diária dos trabalhos remunerados e não remunerados</b> (h) por Sexo e Tipo (tarefas).</li> </ul>	A recolha dos dados foi efetuada, através de entrevista direta, junto de uma amostra de aproximadamente 10 000 indivíduos. Para além de um questionário de família e um questionário individual, foi solicitado o preenchimento de um diário, no qual foram registadas, para cada período de 10 minutos, todas as atividades realizadas ao longo de um dia pré-designado

Quadro 3 – Sistematização de dados e instrumentos disponíveis no campo de cuidados a idosos (continuação)

Inquérito	Entidade Responsável	Objetivo	Variáveis	Metodologia
<b>Inquérito às Condições de Vida e Rendimento</b>	INE – Instituto Nacional de Estatística	A produção de estatísticas sobre a distribuição do rendimento, as condições de vida e exclusão social com ênfase na comparabilidade de dados entre os países da comunidade e na inquirição transversal e longitudinal ao rendimento e exclusão social.	<p><b>Domínios e áreas abrangidas pelo ICOR – Agregado:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Composição e distribuição do rendimento (Rendimentos de imóveis e propriedades; rendimentos de capital; rendimentos de indivíduos até 16 anos; Transferências regulares entre agregados; imposto municipal sobre imóveis; autoconsumo; juros e prestações do crédito à habitação);</li> <li>- Registo do agregado (situação do agregado);</li> <li>- Características do alojamento (tipo do alojamento; condições de conforto; regime de ocupação);</li> <li>- Custos com o alojamento (Juros e prestações de crédito à habitação; renda; subsídios de renda ou outros benefícios; serviços pagos ligados ao alojamento);</li> <li>- Equipamentos do agregado (equipamentos do agregado e dificuldades económicas);</li> <li>- Situação económica do agregado (capacidade financeira; endividamento e atrasos em pagamentos; dificuldades em suportar todas as despesas).</li> </ul> <p><b>Domínios e áreas abrangidas pelo ICOR – Indivíduo:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Composição e distribuição do rendimento (Rendimentos de trabalho por conta de outrem; Rendimentos de trabalho por conta própria; Rendimentos de prestações sociais; Rendimentos de regimes privados de pensões; nota de liquidação do IRS);</li> </ul> <p>(continua)</p>	A amostra do ICOR é selecionada a partir de uma base de amostragem denominada “Amostra-Mãe” que o INE utiliza para a realização de inquéritos às famílias.

Quadro 3 – Sistematização de dados e instrumentos disponíveis no campo de cuidados a idosos (continuação)

Inquérito	Entidade Responsável	Objetivo	Variáveis	Metodologia
Inquérito às Condições de Vida e Rendimento			<p>(continuação)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Condição perante o trabalho (Informação básica sobre atual situação perante o trabalho, a profissão e último trabalho para os desempregados; Informação básica sobre situação perante o trabalho; Informação detalhada sobre o trabalho; Segunda atividade; Historial de atividade económica; Calendário de atividade económica);</li> <li>- Saúde (saúde, incluindo doenças ou problemas crónicos; acesso a cuidados de saúde);</li> <li>- Educação (grau escolaridade).</li> </ul> <p>Variáveis derivadas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Desigualdade na distribuição de rendimentos;</li> <li>- Taxa de pobreza antes de transferências sociais;</li> <li>- Taxa de pobreza depois de transferências sociais;</li> <li>- Taxa de persistência de pobreza.</li> </ul> <p><b><u>Sobre a pobreza, as desigualdades e a privação material em Portugal 2010</u></b></p> <p><b>Objetivo:</b> Apresenta os principais resultados Inquérito ao Rendimento e Condições de Vida (ICOR), realizado no quadro do programa comunitário EU-SILC, nomeadamente os indicadores de pobreza e desigualdades monetárias e alguns indicadores de privação material e de privação habitacional. A publicação respeita aos dados recolhidos entre 2004 e 2009.</p> <p>(continua)</p>	

Quadro 3 – Sistematização de dados e instrumentos disponíveis no campo de cuidados a idosos (continuação)

Inquérito	Entidade Responsável	Objetivo	Variáveis	Metodologia
Inquérito às Condições de Vida e Rendimento			<p>(continuação)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Taxa de risco de pobreza após transferências sociais por composição do agregado familiar, Portugal 2008;</li> <li>- Taxa de risco de pobreza por grupo etário, Portugal 2003-2008;</li> <li>- Taxa de risco de pobreza após transferências sociais, por sexo e grupo etário do indivíduo, Portugal 2008.</li> </ul>	

Quadro 3 – Sistematização de dados e instrumentos disponíveis no campo de cuidados a idosos (continuação)

Inquérito	Entidade Responsável	Objetivo	Variáveis	Metodologia
Recenseamentos Gerais da População	INE – Instituto Nacional de Estatística		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Alojamentos familiares (N.º) por Localização geográfica (à data dos Censos 2001); Decenal;</li> <li>- Famílias clássicas unipessoais (N.º) por Sexo e Grupo etário; Decenal - INE, Censos - séries históricas 2001;</li> <li>- Índice de envelhecimento (N.º) por Local de residência (à data dos Censos 2011);</li> <li>- População residente (N.º) por Local de residência (à data dos Censos 2001 e 2011), Sexo e Grupo etário;</li> <li>- Proporção da população residente com 65 ou mais anos de idade (%) por Local de residência (à data dos Censos 2001);</li> <li>- Proporção de famílias clássicas unipessoais de pessoas com 65 ou mais anos de idade (%) por Local de residência (à data dos Censos 2001);</li> <li>- Índice de envelhecimento (N.º) por Local de residência (NUTS - 2001); Anual - INE, Estimativas Anuais da População Residente;</li> <li>- Índice de envelhecimento (N.º) por Sexo; Anual - INE, Estimativas Anuais da População Residente 2006/10;</li> <li>- Índice de longevidade (N.º) por Sexo; Anual - INE, Estimativas Anuais da População Residente 2006/10;</li> <li>- Índice de dependência de idosos (N.º) por Local de residência (à data dos Censos 2011); Decenal - INE, Recenseamento da População e Habitação – dados provisórios;</li> <li>- Índice de dependência de idosos (N.º) por Sexo; Anual - INE, Estimativas Anuais da População Residente (1970-2010) (continua)</li> </ul>	

Quadro 3 – Sistematização de dados e instrumentos disponíveis no campo de cuidados a idosos (continuação)

Inquérito	Entidade Responsável	Objetivo	Variáveis	Metodologia
Recenseamentos Gerais da População			<p>(continuação)</p> <p>Índice de dependência de idosos (N.º) por Local de residência; Anual - INE, Estimativas Anuais da População Residente (2003-2010);</p> <p>- Índice de dependência de idosos (N.º) por Local de residência (à data dos Censos 2001); Decenal - INE, Recenseamento da População e Habitação (2001).</p> <p><b>As pessoas idosas nas famílias institucionais segundo os Censos</b>  <b>Cristina Gonçalves</b>  <b>Revista de Estudos Demográficos, nº 34</b>  <b>2003</b></p> <p><b>Objetivo:</b> Análise da evolução das famílias institucionais e das convivências no período intercensitário 1991-2001, explorando algumas das características sociodemográficas e económicas das pessoas idosas a residir em convivências de apoio social, saúde e religiosas.</p> <p><b>Variáveis:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Evolução das famílias institucionais 1991-2001;</li> <li>- Dimensão Média das Famílias;</li> <li>- Tipos de Convivência e respetivas Famílias Institucionais;</li> <li>- Estrutura Etária da População Institucionalizada;</li> <li>- Pessoas Idosas com Deficiência;</li> </ul> <p>(continua)</p>	



Quadro 3 – Sistematização de dados e instrumentos disponíveis no campo de cuidados a idosos (continuação)

Inquérito	Entidade Responsável	Objetivo	Variáveis	Metodologia
Recenseamentos Gerais da População			<p>(continuação)</p> <p>- Distribuição das pessoas idosas a viver em famílias institucionais de apoio social, religiosas e de saúde, segundo o principal meio de vida, Portugal, 2001;</p> <p>- Distribuição das pessoas idosas a viver em famílias institucionais de apoio social, religiosas e de saúde, segundo a residência anterior, Portugal.</p> <p><b>Quem vive só em Portugal</b>  <b>Maria da Graça Magalhães</b>  <b>Revista de Estudos Demográficos, nº 33</b>  <b>Pp 55-68</b>  <b>2003</b></p> <p><b>Objetivo:</b> O artigo foi elaborado com base numa abordagem exploratória dos dados do XIII e XIV Recenseamentos Gerais da População (1991 e 2001 respetivamente), tendo como objetivo uma caracterização demográfica das pessoas que vivem sós e que representam uma parte considerável da população residente em Portugal.</p> <p><b>Variáveis:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pessoas com 15 ou mais anos de idade a viver sós - distribuição percentual por sexos e grupos etários, Portugal, 1991 e 2001;</li> <li>- Homens e mulheres a viver sós – distribuição percentual por grandes grupos etários, Portugal 2001;</li> </ul> <p>(continua)</p>	

Quadro 3 – Sistematização de dados e instrumentos disponíveis no campo de cuidados a idosos (continuação)

Inquérito	Entidade Responsável	Objetivo	Variáveis	Metodologia
<b>Recenseamentos Gerais da População</b>			<p>(continuação)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pessoas a viver sós, taxa de variação 1991/2001, Portugal e NUTS II;</li> <li>- Pessoas a viver sós, no total da população residente, Portugal e NUTS II, 2001;</li> <li>- Pessoas com 15 ou mais anos de idade a viver sós - distribuição percentual por sexos, grupos etários e estado civil, Portugal, 2001;</li> <li>- Pessoas com 15 ou mais anos de idade a viver sós - distribuição percentual por sexos, grupos etários e condição perante a atividade económica, Portugal, 2001.</li> </ul>	
<b>Inquérito ao Emprego</b>	INE – Instituto Nacional de Estatística		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Indivíduos dos 15 aos 64 anos, segundo o sexo, por prestação de cuidados a crianças com menos de 15 anos ou a pessoas dependentes com 15 e mais anos Fonte: INE, Módulo do 2º trimestre do 2010 do Inquérito ao Emprego</li> </ul>	

Quadro 3 – Sistematização de dados e instrumentos disponíveis no campo de cuidados a idosos (continuação)

Inquérito	Entidade Responsável	Objetivo	Variáveis	Metodologia
<b>Easycare:</b> um sistema de avaliação de idosos (qualidades psicométricas) – (2002)	<i>The Easy-Care Foundation</i> (Portugal: Liliana Sousa Helena Galante e Daniela Figueiredo)	Centra-se no Estudo do Envelhecimento, Saúde e Reforma de pessoas com 50 ou mais anos na Europa.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Incapacidades físicas:</b> a acuidade visual, a acuidade auditiva, a mastigação e o discurso;</li> <li>- <b>Qualidade de vida percebida pelo sujeito:</b> qualidade de vida tal como é percebida pelo sujeito, considerando a saúde, a solidão e a habitação;</li> <li>- <b>Área instrumental/funcional:</b> capacidades para: fazer o trabalho doméstico, preparar as próprias refeições, ir às compras, administrar o próprio dinheiro, usar o telefone e tomar os medicamentos; pessoa ou entidade que, eventualmente, lhe presta apoio no cumprimento dessa tarefa (cônjuge ou companheiro, membro da família, amigo ou vizinho, ajuda privada, ajuda pública, outra, ajuda; não disponível).</li> <li>- <b>Mobilidade:</b> capacidade de: sair de casa e caminhar na rua, movimentar-se dentro de casa, subir e descer escadas, deslocar-se da cama para a cadeira, utilizar a sanita (ou cadeira sanitária), usar a banheira ou o chuveiro;</li> <li>- <b>Atividades de cuidados pessoais:</b> capacidade do idoso para cuidar da sua aparência pessoal, vestir-se e alimentar-se;</li> <li>- <b>Controlo esfinteriano:</b> incontinência urinária e fecal.</li> <li>- <b>Escala Geriátrica de Depressão:</b> sintomas de depressão e indicar a necessidade de uma avaliação adicional mais detalhada;</li> <li>- (continua)</li> </ul>	O instrumento utilizado na recolha dos dados foi o <i>Easycare</i> (Sistema de Avaliação dos Idosos), tendo-se inquirido uma amostra de 516 sujeitos. Foi criado quatro grupos de idosos de acordo com as (in)capacidades e a partir da articulação dos seguintes fatores: Atividades da vida diária; saúde e qualidade de vida; competências cognitivas; mobilidade.

Quadro 3 – Sistematização de dados e instrumentos disponíveis no campo de cuidados a idosos (continuação)

Inquérito	Entidade Responsável	Objetivo	Variáveis	Metodologia
<p><i>Easycare</i>: um sistema de avaliação de idosos (qualidades psicométricas) – (2002)</p>			<p>(continuação)</p> <p>- <b>Teste de Diminuição Cognitiva</b>: é optativo, isto é, pode ser aplicado se há suspeita de uma diminuição cognitiva significativa ou pode não ser aplicado se o avaliador sentir que tal poderá constituir uma ofensa para a pessoa idosa; a administração deste teste tem essencialmente como objetivos: prevenir a demência, detetar algum estado de demência, informar no sentido de planear recursos e validar as respostas dadas pelo sujeito nas questões anteriores, caso haja suspeita de uma diminuição cognitiva significativa.</p>	

Quadro 3 – Sistematização de dados e instrumentos disponíveis no campo de cuidados a idosos (continuação)

Inquérito	Entidade Responsável	Objetivo	Variáveis	Metodologia
<i>SHARE - Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe</i>	Coord. Científica Portugal: Prof. Pedro Pita Barros (Faculdade de Economia da Universidade Nova de Lisboa); Prof. Alice Delerue Matos (Centro de Investigação em Ciências Sociais da Universidade do Minho)	Obter dados comparáveis sobre o envelhecimento na Europa	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>DN (Dados Demográficos)</b> inclui questões sobre o estado civil, o país de origem, o nível de instrução e a profissão de cada entrevistado;</li> <li>- <b>SN (Redes Sociais)</b> pretende conhecer as redes sociais dos entrevistados, sendo o termo "redes sociais" referente aos laços que as pessoas mantêm em alturas diferentes da sua vida. Com este módulo pretende-se obter uma listagem de pessoas que assumem uma elevada importância na vida do entrevistado;</li> <li>- <b>CH (Família e Filhos)</b> recolhe dados sobre os pais, irmãos e filhos do entrevistado. As informações sobre os pais do entrevistado (estilo de vida, saúde e profissão) reportam-se à data em que o entrevistado tinha 10 anos;</li> <li>- <b>PH (Saúde Física)</b> procura captar vários aspetos da saúde do entrevistado, desde a auto-perceção da sua saúde a aspetos mais concretos do seu estado de saúde como a invalidez, doença crónica, dores e dificuldades sentidas no desempenho de atividades diárias;</li> <li>- <b>BR (Risco Comportamental)</b> recolhe informações sobre os comportamentos de relacionados com a saúde, como fumar, beber álcool e a realização de atividades físicas;</li> <li>- <b>CF (Função Cognitiva)</b> pretende avaliar quatro dimensões das funções cognitivas do entrevistado: memória, concentração, numeracia e fluência verbal;</li> </ul> (continua)	Os dados são recolhidos pela aplicação de um questionário de administração indireta com recurso ao CAPI complementado por um questionário de administração direta. Baseado em amostras probabilísticas, a amostra do estudo representa população com 50+ anos não institucionalizada

Quadro 3 – Sistematização de dados e instrumentos disponíveis no campo de cuidados a idosos (continuação)

Inquérito	Entidade Responsável	Objetivo	Variáveis	Metodologia
SHARE - Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe			<p>(continuação)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>MH (Saúde Mental)</b> apura a percepção do entrevistado sobre as suas condições de vida e recolhe informações sobre os seus eventuais problemas emocionais;</li> <li>- <b>HC (Cuidados de Saúde)</b> inclui questões sobre a frequência com que o entrevistado procura cuidados médicos, desde a ida ao médico a estadias no hospital, e ainda questões sobre seguros de saúde ou outros apoios;</li> <li>- <b>EP (Emprego e Profissão)</b> recolhe informações sobre as eventuais atividades profissionais atuais do entrevistado, o rendimento que delas obtém assim como o rendimento de outras fontes e pensões;</li> <li>- <b>GS (Força de Preenção)</b> é um conjunto de medições físicas que implicam o registo da força máxima de preensão do entrevistado, recorrendo-se à ajuda de equipamento específico, um dinamómetro;</li> <li>- <b>PF (Teste Respiratório)</b> mede a capacidade pulmonar do entrevistado, através do sopro para um espirómetro;</li> <li>- <b>SP (Apoio Social)</b> recolhe informações sobre os apoios que os entrevistados recebem da família e de outras pessoas que não pertençam ao seu agregado familiar, apurando ainda a forma como os membros do agregado se entretêm;</li> <li>- <b>FT (Transferências Financeiras)</b> interroga o entrevistado sobre eventuais transferências e pagamentos regulares que possa ter pago ou recebido de outros, incluindo questões sobre heranças recebidas;</li> </ul> <p>(continua)</p>	

Quadro 3 – Sistematização de dados e instrumentos disponíveis no campo de cuidados a idosos (continuação)

Inquérito	Entidade Responsável	Objetivo	Variáveis	Metodologia
SHARE - Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe			<p>(continuação)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>HO (Alojamento)</b> recolhe informações sobre a situação atual do alojamento do entrevistado (dimensão, qualidade do alojamento, valor da propriedade, hipotecas, rendas, etc.);</li> <li>- <b>HH (Rendimento do Agregado) e CO (Consumo)</b> pretendem compilar algumas medidas sumárias de vários tipos de rendimento e despesas do agregado (alimentação, combustível, eletricidade e telefone);</li> <li>- <b>AS (Bens)</b> inclui questões sobre o montante de bens financeiros e não financeiros, bem como o rendimento obtido desses bens;</li> <li>- <b>AC (Atividades)</b> contém uma série de perguntas que incidem sobre as atividades realizadas nos últimos 12 meses e o modo como os indivíduos se sentem em relação a diversos aspetos da sua vida;</li> <li>- <b>EX (Expectativas)</b> pretende explorar as expectativas do entrevistado, o seu grau de segurança em relação ao futuro e o modo como se processa a tomada de decisões financeiras no agregado do entrevistado;</li> <li>- <b>IV (Observações do Entrevistador)</b> constitui a finalização do questionário. Após a intervenção do entrevistado existem uma série de questões que o entrevistador terá de responder relativamente à experiência da entrevista.</li> </ul>	

Quadro 3 – Sistematização de dados e instrumentos disponíveis no campo de cuidados a idosos (continuação)

Inquérito	Entidade Responsável	Objetivo	Variáveis	Metodologia
<b>Active Ageing</b> (2012)	<i>Eurobarometer</i> Comissão Europeia	Avaliar as atitudes e opinião pública europeia em relação às pessoas idosas, à contribuição dos idosos no mercado de trabalho e à melhor forma de promover a participação ativa dos idosos na sociedade.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Perceções gerais da idade e de pessoas idosas:</b> perceções e atitudes relativamente a pessoas idosas, o potencial papel das pessoas idosas na sociedade e o impacto do envelhecimento da população no futuro;</li> <li>- <b>As pessoas idosas no local de trabalho:</b> atitudes relativamente às pessoas idosas no local de trabalho e potenciais obstáculos à continuação no trabalho;</li> <li>- <b>Reforma e pensões:</b> atitudes relativamente à idade oficial de reforma e pagamentos de pensões e alterações apropriadas;</li> <li>- <b>Voluntariado e apoio para pessoas idosas:</b> definir o nível de participação em trabalho voluntário e cuidados a pessoas idosas;</li> <li>- <b>Meio amigo das pessoas idosas:</b> identificar países/áreas melhor adaptadas às necessidades das pessoas idosas.</li> </ul>	Questionário de administração indireta. Amostra probabilística tendo sido inquiridos cerca de 1000 pessoas em Portugal.



Quadro 3 – Sistematização de dados e instrumentos disponíveis no campo de cuidados a idosos (continuação)

Inquérito	Entidade Responsável	Objetivo	Variáveis	Metodologia
<i>Health and long-term care in the European Union</i> (2007)	<i>Eurobarometer</i> Comissão Europeia	Avaliar a opinião pública europeia sobre os cuidados de saúde na Europa focando em particular nos cuidados de longa duração e cuidados a idosos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Limitações nas atividades diárias decorrentes da condição física e/ou psicológica por grupo etário;</li> <li>- Perceção sobre se tornar dependente de outros;</li> <li>- Avaliação do sistema de saúde em geral e no cuidado de pessoas dependentes mais especificamente (qualidade, acessibilidade, disponibilidade,...);</li> <li>- Atitudes face ao cuidado a idosos e pessoas dependentes (como as pessoas querem que os seus pais sejam cuidados, como deve ser financiado o cuidado às pessoas idosas;</li> <li>- Opinião sobre os cuidados continuados aos idosos: adequação e custos; se já prestaram cuidados;</li> <li>- Opinião sobre a receção dos cuidados: percepção de que irão receber cuidados apropriados no futuro; expectativas e como esperam vir a ser cuidadas caso venham a necessitar; a forma como vão financiar os seus cuidados continuados;</li> <li>- Opinião sobre a frequência de ocorrência de tratamento deficitário a idosos, negligência e abusos; formas de maus tratos a idosos; os ofensores.</li> </ul>	Questionário de administração indireta. Amostra probabilística tendo sido inquiridos cerca de 1000 pessoas em Portugal.

Quadro 3 – Sistematização de dados e instrumentos disponíveis no campo de cuidados a idosos (continuação)

Inquérito	Entidade Responsável	Objetivo	Variáveis	Metodologia
<i>Health in the European Union</i> (2007)	<i>Eurobarometer</i> Comissão Europeia	Fornecer informações e conhecimentos para o desenvolvimento de monitorização de saúde pública	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Auto percepção do estado de saúde por sexo, grupos etários;</li> <li>- Incidência de doenças crónicas por sexo, grupos etários</li> <li>- Utilização de tratamentos de saúde continuados;</li> <li>- Restrição de atividades quotidianas por problemas de saúde;</li> <li>- Tipo de doenças crónicas.</li> </ul>	Questionário de administração indireta. Amostra probabilística tendo sido inquiridos cerca de 1000 pessoas em Portugal.

Quadro 3 – Sistematização de dados e instrumentos disponíveis no campo de cuidados a idosos (continuação)

Inquérito	Entidade Responsável	Objetivo	Variáveis	Metodologia
<i>Poverty and Social Exclusion</i> (2010)	<i>Eurobarometer</i> Comissão Europeia	Conhecer a opinião dos europeus sobre a temática da pobreza e da exclusão social	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Definição de pobreza para os europeus;</li> <li>- Perceção da extensão da pobreza na EU;</li> <li>- Perceção dos grupos de maior risco de pobreza;</li> <li>- Perceção da evolução da pobreza;</li> <li>- Perceção das causas de pobreza;</li> <li>- Perceção do ponto de vista dos pobres sobre as causas da sua situação;</li> <li>- Entidade que os cidadãos mais confiam na luta contra a pobreza;</li> <li>- Perceção da própria situação financeira;</li> <li>- Perceção da entidade responsável por reduzir a pobreza</li> <li>- Acesso a serviços sociais: tipo, qualidade e acessibilidade</li> <li>- Qualidade e acessibilidade percebida dos cuidados continuados;</li> <li>- Opinião sobre a entidade que deveria ser responsável pelos cuidados continuados;</li> <li>- Melhores opções para o cuidado de pais idosos.</li> </ul>	Questionário de administração indireta. Amostra probabilística tendo sido inquiridos cerca de 1000 pessoas em Portugal.

Quadro 3 – Sistematização de dados e instrumentos disponíveis no campo de cuidados a idosos (continuação)

Inquérito	Entidade Responsável	Objetivo	Variáveis	Metodologia
<b>Pessoas Idosas Vítimas de Crime</b> (2000-2010)	APAV – Associação Portuguesa de Apoio à Vítima		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Perfil da Pessoa Idosa Vítima de Crime que recorreu à APAV entre 2000 e 2010 (sexo, idade, Relação da Vítima com Autor do Crime);</li> <li>- Número Processos de Apoio a Pessoas Idosas Vítimas de Crime;</li> <li>- Autor do Crime;</li> <li>- Vitimação;</li> <li>- Sexo da vítima/utente (2000 -2010);</li> <li>- Idade da vítima (2000/2010);</li> <li>- Sexo do autor do crime (2000-2010);</li> <li>- Idade do autor do crime (2000/2010);</li> <li>- Relação vítima com autor do crime;</li> <li>- Crimes perpetrados contra pessoas idosas (2000/2010).</li> </ul>	

Quadro 3 – Sistematização de dados e instrumentos disponíveis no campo de cuidados a idosos (continuação)

Inquérito	Entidade Responsável	Objetivo	Variáveis	Metodologia
<b>AVOW Project</b> <i>Prevalence Study of Violence and abuse Against Older Women</i> (2011)	Portugal: J. Ferreira-Alves e A.J. Santo (Universidade do Minho)	Fornecer informação sobre a prevalência de violência contra mulheres idosas, identificação dos fatores de risco de se tornar vítima de violência e como as vítimas procuram e recebem ajuda. Através do instrumento construído pretende obter dados internacionais comparáveis.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prevalência do abuso;</li> <li>- Negligência por tipo;</li> <li>- Abuso emocional por tipo;</li> <li>- Indicadores de abuso financeiro;</li> <li>- Abuso físico por tipo;</li> <li>- Abuso sexual por tipo;</li> <li>- Violação dos direitos humanos por item;</li> <li>- Prevalência de tipos de violência;</li> <li>- Gravidade do abuso;</li> <li>- Perpetradores do abuso ;</li> <li>- Taxas de violência contra portadores de doença mental;</li> <li>- Gravidade do abuso por estado de saúde mental ;</li> <li>- Taxas de abuso por estado civil ;</li> <li>- Taxas de abuso por rendimento do agregado ;</li> <li>- Gravidade do abuso por rendimento do agregado ;</li> <li>- Taxas de abuso por áreas de residência ;</li> <li>- Gravidade do abuso por áreas de residência ;</li> <li>- Taxas de abuso por envolvimento em atividades sociais;</li> <li>- Gravidade do abuso por envolvimento em atividades sociais;</li> <li>- Sentimentos de solidão por experiência de abuso;</li> <li>- Solidão por gravidade do abuso;</li> <li>- Consequências da incidência mais grave;</li> <li>- Gravidade da violência por tipo de queixa;</li> <li>- Relato do incidente;</li> <li>- Motivos para não reportar o incidente.</li> </ul>	Inquéritos via postal e face-a-face. Amostra probabilística aleatória.

Quadro 3 – Sistematização de dados e instrumentos disponíveis no campo de cuidados a idosos (continuação)

Inquérito	Entidade Responsável	Objetivo	Variáveis	Metodologia
<b>ESS - European Social Survey</b>	Portugal: Jorge Vala Instituto de Ciências Sociais (ICS), Universidade de Lisboa	Medir os valores, as atitudes, crenças e padrões de comportamento da população europeia.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Grau de satisfação com a vida;</li> <li>- Grau de satisfação com a economia do país;</li> <li>- Grau de satisfação com o governo nacional;</li> <li>- Classificação do estado dos serviços de saúde no país;</li> <li>- Grau de felicidade;</li> <li>- Frequência com que se encontra com amigos, parentes ou colegas;</li> <li>- Fazer parte de atividades sociais em comparação com outros da mesma idade;</li> <li>- Perceção do próprio estado de saúde;</li> <li>- Dificuldades no desempenho de atividades diárias causadas por doença, problemas mentais, deficiência;</li> <li>- Dimensão do agregado familiar;</li> <li>- No ano da reforma opção em continuar trabalho remunerado ou reformar-se;</li> <li>- Sentimento em relação ao rendimento atual do agregado familiar;</li> <li>- Número de horas semanais despendido na realização de tarefas domésticas;</li> <li>- Grau de importância em ajudar os outros e cuidar do seu bem-estar;</li> <li>- Preferência da idade de reforma;</li> <li>- Frequência com que as responsabilidades familiares privam de trabalhar;</li> <li>- Durante quanto tempo na semana passada se sentiu sozinho;</li> <li>- Discriminação de grupo: idade.</li> </ul>	Estudo quantitativo com recurso a uma amostra probabilística.

Quadro 3 – Sistematização de dados e instrumentos disponíveis no campo de cuidados a idosos (continuação)

Inquérito	Entidade Responsável	Objetivo	Variáveis	Metodologia
<i>Intergenerational solidarity</i> (2009)	<i>Eurobarometer</i> Comissão Europeia	Conhecer a opinião dos europeus sobre as relações entre gerações e formas de solidariedade.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Relações existentes entre as gerações mais jovens e as mais velhas;</li> <li>- Custos do envelhecimento populacional: pensões e cuidados com idosos;</li> <li>- Necessidade de reformas no segurança social e pensões</li> <li>- Formas que as pessoas mais velhas podem contribuir para a sociedade;</li> <li>- Possibilidade para a existência de uma vida autónoma para os cidadãos europeus mais velhos;</li> <li>- A prestação de cuidados a idosos e o apoio dos serviços sociais;</li> <li>- O papel das autoridades públicas na promoção da solidariedade intergeracional.</li> </ul>	Questionário de administração indireta. Amostra probabilística tendo sido inquiridos cerca de 1000 pessoas em Portugal.

A leitura do quadro anterior, apesar de dificultada pela sua extensão, permite ainda assim concluir que persiste, nos grandes inquéritos nacionais, assim como nos de âmbito internacional que incluem Portugal, a ausência de questões sobre os cuidados a idosos com suficiente grau de detalhe e extensão que possibilite um conhecimento aprofundado da temática. Os instrumentos de recolha de dados implementados em Portugal têm privilegiado, particularmente, e no que concerne a questões direccionadas para a população idosa, os seguintes tópicos: a violência contra idosos; avaliação do estado de saúde através da medição da prevalência de doenças crónicas; avaliação das capacidades funcionais, relacionadas em particular com a execução das atividades da vida diária; as redes sociais de suporte; qualidade de vida autopercebida; avaliação das funções cognitivas da população idosa; caracterização dos agregados familiares; estrutura do rendimento e despesas; atitudes da população em geral e dos idosos em particular face ao envelhecimento e às questões políticas que lhe estão associadas. Os dados são gerados com o recurso a metodologias quantitativas suportadas por amostras probabilísticas, na sua maioria representativas da população residente em unidades de alojamento em Portugal. Estes diferentes temas, porém, não se cruzam dentro do mesmo instrumento de recolha de dados, condição que inviabiliza a produção de quadros detalhados sobre as características e as dinâmicas que rodeiam as necessidades de cuidados e as estratégias de resposta a essas necessidades, tanto no plano da utilização de mecanismos de apoio, formal e informal, como no plano do financiamento desse apoio.

A maior sensibilização política face à problemática do envelhecimento e seu impacto económico-social traduziu-se na integração, no último recenseamento à população portuguesa, realizado em 2011, de seis questões que visavam avaliar a prevalência de algumas incapacidades funcionais e cognitivas, permitindo assim identificar e mapear, ainda que sucintamente, as necessidades de cuidados da população. Mais especificamente, essas questões versavam sobre o grau de dificuldade do indivíduo ao nível de: visão (mesmo usando óculos ou lentes de contacto); audição; mobilidade, incluindo subir degraus; memória e/ou concentração; tomar banho e/ou vestir-se sozinho; compreender os outros ou fazer-se entender. Sendo relevante assinalar a inclusão de questões desse género no censo como reflexo da importância que o tema assume no Portugal contemporâneo, também será relevante assinalar o seu alcance modesto na produção de dados, seja na decorrência das opções metodológicas assumidas na definição de indicadores, seja pelo facto de não ser recolhida informação sobre mecanismos e graus de satisfação de necessidades de apoio.

O Inquérito Nacional de Saúde, por sua vez, centra-se na avaliação do estado de saúde da



população portuguesa privilegiando, sobretudo, o levantamento da prevalência de doenças crónicas, incapacidades, autoperceção do estado de saúde, cuidados de saúde e comportamentos de risco no que toca às determinantes sociais de saúde. As questões sobre necessidades de cuidados e estratégias de organização de cuidados não são abordadas de uma forma direta. Apesar da sua periodicidade prevista ser aproximadamente quinquenal, o último Inquérito Nacional de Saúde realizou-se em 2005-2006.

Um outro mecanismo de produção de dados importante é o Inquérito às Condições de Vida e Rendimento, projeto que apresenta questões de carácter geral sobre o estado de saúde e apenas uma questão sobre o compromisso em cuidar de dependentes. Por último, importa referir o estudo *SHARE*, com inclusão de Portugal a partir da 4ª vaga do inquérito, e que incorpora, mais uma vez, um número reduzido de questões relativas aos cuidados de pessoas idosas.

Neste sentido, afigura-se urgente a criação de um instrumento de recolha de informação capaz de proporcionar um manancial robusto de dados que permita produzir um conhecimento detalhado sobre as dinâmicas sociais e económicas no campo da prestação de cuidados sociais a idosos, tendo em vista não só o enriquecimento do conhecimento científico na matéria mas, também, informar devidamente o processo de decisão política e, dessa forma, sustentar o desenvolvimento de medidas de política pública adequadas para responder às necessidades de cuidados da população idosa e de apoio aos seus familiares, particularmente os que apresentam maiores níveis de dependência, com enfoque nos seguintes indicadores: tipos de cuidados que os idosos necessitam e os que são efetivamente prestados, com a identificação do grau de dependência dos mais idosos no desempenho das suas atividades de vida diária; caracterização da incidência de dependências por tipo; a frequência e intensidade dos cuidados recebidos; modalidades de financiamento dos cuidados e potencial de financiamento disponível nos agregados; modalidades de combinação de cuidados (formais e informais); número e tipo de cuidadores informais; estratégias para a organização da prestação de cuidados (quem decide; quem procura e contratualiza cuidados).

## 4. Enquadramento institucional e respostas sociais aos cuidados de idosos

Nesta última secção do relatório apresentam-se os diferentes mecanismos de proteção social que caracterizam o atual sistema nacional português em matéria de apoio à população idosa. Esses mecanismos enquadram-se em três grandes grupos, os quais acabam por dar mote à organização da apresentação: os benefícios monetários; os benefícios não monetários; e as respostas sociais integradas em programas e planos de ação específicos. O percurso do desenvolvimento destas respostas sociais está intimamente associado quer aos processos de (re)configuração do Estado Providência, quer ao princípio familista que orienta o entendimento dominante na esfera política, sobretudo no que diz respeito ao protagonismo do papel da família na prestação de cuidados. Enquadrado nos princípios ideológicos do Estado Providência, destaca-se o reconhecimento do direito à proteção na velhice como um direito universal de acesso a um nível de vida e de conforto mínimo.

### 4.1. Benefícios monetários

Identificaram-se dois tipos de benefícios monetários de proteção social à velhice, estruturados a partir de pressupostos base distintos: por um lado, os benefícios que apresentam características associadas a uma lógica de seguro social, e por isso dependentes do estatuto do indivíduo, enquanto trabalhador, e da sua carreira contributiva; por outro lado, os benefícios de cariz assistencial, assentes no pressuposto de garantia das condições mínimas de vida, exigindo uma avaliação da situação do indivíduo, e seu agregado, relativamente aos seus recursos disponíveis.

O quadro 4 abaixo sintetiza as respostas expressas em benefícios monetários no que reporta aos seus conteúdos e condições para a titularidade. Note-se que, para todas as situações, o Ministério da Solidariedade e da Segurança Social, e as suas estruturas descentralizadas, é a entidade responsável pela criação e a operacionalização dos benefícios.

Quadro 4 – Benefícios sociais monetários e respetivos conteúdos

Benefício social	Conteúdo do benefício
<b>Pensão de Velhice</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prestação mensal destinada a proteger os beneficiários do regime geral da Segurança Social, na situação de velhice, substituindo as remunerações de trabalho.</li> <li>- Montante da pensão calculado segundo fórmulas que envolvem o número de anos de contribuições efetivas e o valor dos rendimentos de referência, podendo estes ser ponderados pelo índice de preços do consumidor (com exclusão da componente habitação).</li> <li>- Desde 2007 que os valores das pensões de velhice são calculados envolvendo um fator de sustentabilidade, relacionado com a esperança média de vida.</li> <li>- O valor mínimo da pensão de velhice é 30% dos rendimentos médios de referência, sendo o máximo igual a 92%. Os valores mínimos, porém, a partir de 2007, estão indexados ao valor do Indexante de Apoios Sociais (em 2012 o IAS era de €419,22). Para 2012, o valor mínimo garantido da pensão era igual a €254,00.</li> </ul>
<b>Pensão de Sobrevivência</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prestação mensal que se destina a compensar os familiares do beneficiário pela perda de rendimentos resultante da morte deste.</li> <li>- Montante da pensão relacionado com o valor da pensão da pessoa falecida e variável de acordo com o grau de parentesco:</li> <li>- Cônjuge/parceiro sobrevivente: 60% da pensão de velhice ou invalidez recebida pelo falecido ou a que teria direito à data da morte;</li> <li>- Descendentes: 20% a 40%, de acordo com o número de descendentes;</li> <li>- Ascendentes: 30% a 80% de acordo com o número de ascendentes.</li> </ul>
<b>Pensão Social de Velhice</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prestação mensal atribuída a indivíduos com 65 ou mais anos e que não estejam abrangidos pelo sistema contributivo ou, estando, cujas pensões de velhice, invalidez ou sobrevivência sejam de montante inferior ao da Pensão Social de Velhice.</li> <li>- Para 2012, o valor fixado é de €195,40 por mês.</li> </ul>
<b>Pensão social de viuvez</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prestação mensal que se destina a compensar o cônjuge ou parceiro em união de facto do beneficiário de pensão social de velhice pela perda de rendimentos resultante da morte deste.</li> <li>- Para 2012 o valor fixado é de €117,24.</li> </ul>
<b>Complemento Extraordinário de Solidariedade (CES)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Consiste num acréscimo ao montante das pensões sociais de invalidez e de velhice do regime não contributivo e regimes equiparados.</li> <li>- Para 2012 os montantes fixados são de: <ul style="list-style-type: none"> <li>- €17,54 por mês para beneficiários com idade até 70 anos</li> <li>- €35,06 por mês para beneficiários com 70 ou mais anos.</li> </ul> </li> </ul>
<b>Complemento Solidário para Idosos (CSI)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apoio pecuniário mensal a idosos com mais de 65 anos e que apresentam baixos recursos.</li> <li>- Contam para o cálculo do valor do CSI todos os rendimentos do idoso, do seu cônjuge ou parceiro e dos descendentes, mesmo que não vivam com o idoso.</li> <li>- Mensalmente, o idoso recebe 1/12 da diferença entre os seus recursos anuais e o valor de referência do complemento (em 2012, €5.022,00/ano para idoso só e €8.788,50/ano por casal).</li> </ul>

Quadro 4 – Benefícios sociais monetários e respetivos conteúdos (continuação)

Benefício social	Conteúdo do benefício
<b>Complemento Solidário para Idosos - Benefícios Adicionais de Saúde</b>	<p>- Apoios que reduzem as despesas de saúde no âmbito de dois programas específicos:</p> <p>A. No âmbito do Programa Benefícios Adicionais de Saúde, os idosos a receber o CSI têm direito a benefícios a efetuar por reembolso, nomeadamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Participação financeira de 50% da parcela do preço dos medicamentos não comparticipada pelo Estado (só para medicamentos comparticipados).</li> <li>- Participação financeira de 75% da despesa na aquisição de óculos e lentes até ao limite de 100 euros, por cada período de dois anos.</li> <li>- Participação financeira de 75% da despesa na aquisição e reparação de próteses dentárias removíveis, até ao limite de 250 €, por cada período de três anos.</li> </ul> <p>B. No âmbito do Programa de Promoção da Saúde Oral, os idosos a receber o CSI têm direito ao acesso às consultas de medicina dentária, efetuadas por indicação do médico de família, através de um cheque-dentista individualizado. A utilização deste cheque é feita nos prestadores aderentes ao Plano Nacional de Promoção de Saúde Oral. A cada beneficiário pode ser atribuído, de acordo com as suas necessidades, dois cheques-dentista por ano, não podendo o valor anual ultrapassar os 80 €.</p>
<b>Complemento por Dependência</b>	<p>- Prestação em dinheiro atribuída aos cidadãos que se encontrem em situação de dependência e que precisam da ajuda de outra pessoa para satisfazer as necessidades básicas da vida quotidiana</p> <p>- Os montantes variam de acordo com:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- o grau de dependência do beneficiário: 1º grau diz respeito a dependência nas atividades quotidianas essenciais à vida; 2º grau, acresce ao primeiro a situação de acamado ou apresentem quadro clínico de demência grave.</li> <li>- o regime de segurança social em que se enquadra o beneficiário (regime contributivo ou regime não-contributivo).</li> </ul> <p>- Para 2012 os montantes fixados são de:</p> <p>Regime contributivo</p> <p>1º grau: 97,70€/mês</p> <p>2º grau: €175,86/mês</p> <p>Regime não contributivo</p> <p>1º grau: €87,93</p> <p>2º grau: €166,09</p>

O modelo institucional português alinha de forma mais ou menos clara com os princípios estruturantes de outros modelos de proteção social que se encontram em diversos países europeus de influência *bismarkiana*. A proteção social à velhice passa, maioritariamente, por um instrumento central de substituição de rendimento por saída do mercado de trabalho - a Pensão de Velhice – ou por instrumentos complementares de atribuição de fundos para fazer face a situações de carência e/ou vulnerabilidade. Na medida em que o elemento dorsal da proteção social assenta num sistema de natureza contributiva e diferenciada, numa perspetiva de substituição do rendimento do trabalho nos mecanismos de proteção social, reproduz, e em alguns casos até agudiza, na reforma, as desigualdades e vulnerabilidades sociais dos sujeitos, verificadas enquanto ainda se encontravam inseridos no mercado de trabalho.

Como medida corretiva em relação ao sistema de segurança social anterior à revolução democrática de 1974, foi introduzida na moldura institucional da Segurança Social portuguesa a Pensão Social de Velhice. Foi o mecanismo desenvolvido para contornar o grande volume de casos excluídos do regime geral, por apresentarem um débil percurso contributivo. Paralelamente, os instrumentos como o Complemento Extraordinário de Solidariedade ou o Complemento Solidário para Idosos assumem um caráter de proteção relativamente aos idosos que apresentem menores recursos e que, por isso, se enquadram num grupo de maior vulnerabilidade a situações de pobreza e exclusão social. Por último, importa referir o Complemento por Dependência, introduzido em 1999, e que se assume como um suplemento financeiro a pessoas idosas em situação de dependência com necessidade de recurso ao apoio de um cuidador.

Apesar de, formalmente, ser possível argumentar que Portugal segue, de forma muito aproximada, aquilo que se pode encontrar na maioria dos modelos institucionais europeus no campo da proteção social à velhice, é a falta de generosidade que caracteriza os montantes finais dos vários benefícios de tipo assistencial, e que contrasta drasticamente com os valores observados noutros países como Espanha e Itália, que deve motivar alguma reflexão adicional e justificar alguma atenção à dimensão dos arranjos financeiros que são desenvolvidos para fazer face à necessidade de cuidados sociais durante a velhice.

#### **4.2. Benefícios não monetários**

Os instrumentos de proteção social de caráter não monetário assentam num princípio de cariz assistencial, e têm sido operacionalizados essencialmente pelo setor privado não lucrativo, de natureza quase para-governamental, embora financiados pelo Estado. Entre essas instituições não lucrativas, assumem particular relevância as associadas à Igreja Católica, nomeadamente, as Misericórdias, que se apresentam com um percurso de protagonismo no apoio institucional à população idosa, assim como organizações de base comunitária ligadas a centros sociais paroquiais. Não obstante as mais recentes alterações, de que daremos conta mais adiante, um traço estruturante da proteção social à velhice em Portugal tem sido a demarcação do Estado na vertente de intervenção direta na provisão de cuidados aos idosos. De facto, um dos traços mais marcantes do sistema nacional de proteção social a idosos é o forte peso que as pensões assumem na estrutura de despesas, por contraposição aos limitados esforços no domínio da provisão de serviços. Essa evidência reflete o viés monetarista do modelo institucional, orientado por uma lógica de substituição do rendimento. O Estado assume, assim,

preferencialmente, um papel regulador e financiador, delegando noutros, sobretudo na família e no setor privado não lucrativo, a função de organização e prestação efetiva de cuidados a idosos.

Nas últimas três décadas, e como resultado de uma maior projeção da temática do envelhecimento e do risco da dependência, foi implementado um conjunto de instrumentos políticos direcionados para dar resposta às necessidades de apoio a idosos dependentes. A expansão dos serviços de cuidados segue uma linha orientadora centrada na manutenção do idoso na sua esfera familiar, assente numa perceção negativa da institucionalização do idoso, quer pelos seus impactos psicológicos e sociais na vida do sujeito, quer pela fraca qualidade percebida dos serviços prestados em contexto institucional. Paralelamente, subsiste no discurso público oficial o princípio familista, com o reforço do papel da família e sua responsabilização na provisão de cuidados aos seus membros, e que se concretiza, sobretudo, com recurso ao trabalho feminino não remunerado. Contudo, esse discurso que coloca a família como elemento central no cuidado ao idoso não é acompanhado de mecanismos de política social que permitam reconhecer oficialmente o papel do prestador informal, não sendo este objeto de qualquer resposta social no que concerne, por exemplo, a benefícios monetários, promoção da conciliação entre o trabalho e as responsabilidades familiares, entre outros.

No que concerne aos mecanismos de proteção social não monetários, identificam-se um conjunto de respostas sociais, desenvolvidas em equipamento, cujo pressuposto base é o de promover mecanismos de apoio à família, embora numa lógica de subsidiariedade, sendo ainda importante referir que visam a integração do idoso na comunidade numa lógica de prevenção do isolamento social. Incluem-se aqui os serviços de apoio domiciliário, centros de dia, centros de convívio, centros de noite, lares de idosos, residências assistidas, centro de férias e de lazer e acolhimento familiar para pessoas idosas, que de seguida se apresentam com maior detalhe.

### **Serviço de Apoio Domiciliário**

Caracteriza-se por uma prestação de cuidados individualizados no domicílio a indivíduos quando, por motivo de doença, deficiência ou outro impedimento, estes não possam garantir temporária ou permanentemente, a satisfação das necessidades básicas e/ou as atividades da vida diária. Os serviços fornecidos no âmbito do apoio domiciliário são contratualizados entre

o beneficiário ou seus familiares e a entidade prestadora e reportam-se à satisfação de necessidades básicas no que concerne à alimentação, higiene pessoal e habitacional, e tratamento de roupas. Esse apoio é assegurado, essencialmente, por entidades não lucrativas que prestam os cuidados numa lógica de duração do serviço o mais reduzido possível no sentido de abranger o apoio a um maior número de idosos, pelo que o apoio permanente não é assegurado. Esta resposta de cuidados aos idosos apresentou um forte crescimento, alargando a sua abrangência a nível nacional, em particular com a operacionalização do Programa de Apoio Integrado a Idosos (PAII)<sup>2</sup>. No entanto, continua a apresentar um conjunto de debilidades e que passam pelo facto quer dos serviços disponibilizados estarem circunscritos à dimensão social, sem ligação à vertente de saúde e reabilitação, quer a um funcionamento concentrado essencialmente em regime diurno, nos dias úteis, não assegurando a assistência total em dias de fim-de-semana e feriados. É igualmente apontada a necessidade de alargar o acesso do apoio domiciliário, numa lógica de universalidade, e não apenas dirigida para colmatar as necessidades de populações mais desfavorecidas.

O setor privado lucrativo disponibiliza, igualmente, apoio domiciliário, assumindo-se como uma resposta mais próxima das necessidades da população idosa, quer pela oferta de serviços mais alargada, quer pela intensidade da duração dos serviços prestados. No entanto, a discrepância entre os custos elevados desses serviços e o limitado orçamento disponível pela maioria dos idosos em Portugal, implica que esta não seja uma alternativa exequível de resposta às necessidades de cuidados de forma generalizada.

### **Centro de Dia**

Direcionado para idosos com níveis baixos ou médios de dependência, os centros de dia constituem um equipamento social que presta um conjunto de serviços, com o objetivo de manutenção das pessoas idosas no seu meio sociofamiliar, de forma a retardar, ou até mesmo evitar, a sua institucionalização. Na generalidade das situações, o funcionamento destes estabelecimentos é assegurado por entidades não lucrativas. Com reduzida expressão, existem alguns centros de dia assegurados pelo sector privado com fins lucrativos.

---

<sup>2</sup> O PAII é um programa criado em 1994, numa parceria entre o Ministério da Saúde e Ministério do Emprego e da Segurança Social, com o objetivo de promover respostas sociais de apoio aos idosos e seus cuidadores orientadas, sobretudo, para a manutenção do idoso na sua esfera doméstica. Este programa é apresentado com maior detalhe na secção relativa às políticas e programas integrados.

### **Centros de convívio**

Esta é uma resposta social traduzida no apoio a atividades sócio-recreativas e culturais, organizadas e dinamizadas com a participação ativa das pessoas idosas de uma comunidade, sendo assegurados por entidades não lucrativas.

### **Centro de Noite**

Os centros de noite foram criados com o propósito de disponibilizar estruturas de acolhimento noturno a pessoas idosas com autonomia que, por vivenciarem situações de solidão, isolamento ou insegurança, necessitam de suporte de acompanhamento durante a noite. São assegurados por entidades não lucrativas.

### **Lares de idosos**

Os lares constituem uma resposta social destinada ao alojamento coletivo de pessoas idosas, de utilização temporária ou permanente, ao qual está associado a oferta de um conjunto de serviços que passam pelos cuidados de saúde e higiene, refeições e atividades de lazer. A maioria dos lares em funcionamento pertence a entidades privadas não lucrativas e apresenta longas listas de espera. Não obstante, os lares constituem o equipamento que reúne a maior proporção de oferta por parte do sector privado lucrativo, cerca de 30% do total de lares existentes, uma parcela que se manteve constante entre 1998 e 2004.

### **Residências assistidas**

Este é um equipamento de reduzida expressão, constituído por um conjunto de apartamentos, com espaços e serviços de utilização comum, para pessoas idosas com autonomia total ou parcial. A oferta de residência assistida está enquadrada, exclusivamente, no sector privado lucrativo, implicando custos avultados para os utilizadores, pelo que é uma resposta direcionada especificamente para grupos de idosos com elevados rendimentos.



**Centro de férias e de lazer**

Esta é uma resposta social dirigida a todos os grupos etários e alargado a todos os membros da família, visando a satisfação de necessidades de lazer numa lógica dos benefícios psicológicos e sociais que a quebra de rotina proporciona.

**Acolhimento Familiar para Pessoas Idosas**

Consiste em integrar, temporária ou permanentemente, em famílias consideradas idóneas, pessoas idosas quando, por ausência de condições familiares ou insuficiência de respostas sociais, não possam permanecer no seu domicílio. A título excecional, poderão existir relações de parentesco entre a família de acolhimento, que auferir um valor pecuniário atribuído pela Segurança Social, e o idoso, a partir do 3º grau da linha colateral. Não obstante o aumento de serviços e equipamentos sociais disponíveis da responsabilidade do terceiro setor, a capacidade de resposta continua inferior às necessidades, o que se expressa na persistência de longas listas de espera.

**4.3. Políticas e programas integrados**

No panorama dos mecanismos de proteção social direcionados à população idosa, e paralelamente aos benefícios sociais monetários e não monetários referidos nos pontos anteriores, incluem-se ainda respostas e ações sociais que assumem a forma institucional de planos ou programas, com um pendore de tipo mais estratégico e integrador, destacando-se o Programa de Apoio Integrado a Idosos (PAII), criado em 1994, o Programa de Alargamento da Rede de Equipamentos Sociais (PARES), criado em 2006, o Programa Conforto Habitacional para Pessoas Idosas (PCHPI), lançado em 2008, o Programa de Alargamento da Rede de Equipamentos Sociais (PARES), com início em 2006, e, ainda, a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), implementada a partir de 2008, com base em legislação de 2006. Esses programas visam, a partir de uma abordagem mais integrada, dar resposta aos desafios do acentuado envelhecimento da população portuguesa nas últimas décadas, orientados por uma política de valorização da manutenção do idoso no seu ambiente familiar, disponibilizando, para tal, serviços e equipamentos de apoio a idosos e famílias com pessoas idosas a cargo. Uma vez mais, esses programas reforçam o papel regulador que o Estado tendencialmente assume no campo dos cuidados, com uma intervenção centrada na definição

do enquadramento legal das respostas sociais de apoio no que reporta ao financiamento, critérios de elegibilidade, contratualização, entre outros aspetos.

O Programa de Apoio Integrado a Idosos (PAII), criado a partir de uma parceria entre o Ministério da Saúde e Ministério do Emprego e da Segurança Social em 1994, promove a criação de um conjunto de medidas de apoio aos idosos e seus cuidadores, prioritariamente no domicílio e no seu meio habitual de vida, desenvolvendo-se através de projetos de envolvimento central e local, nomeadamente: serviços de apoio domiciliário, com o alargamento da cobertura existente e a extensão do apoio à totalidade das vinte e quatro horas, a melhoria da qualidade dos serviços prestados e a adequação do ambiente domiciliário às necessidades das pessoas idosas; formação de recursos humanos, com o objetivo de desenvolver ou reforçar competências de prestação de cuidados, junto de cuidadores formais e informais; projetos orientados para lazer e turismo; eliminação das restrições horárias para pessoas com 65 e mais anos nos transportes das zonas urbanas e suburbanas de Lisboa e Porto; serviço de telealarme, com a instalação de um equipamento telefónico que está ligado a uma central de atendimento de emergência, promovido por diferentes instituições como a Cruz Vermelha e as Misericórdias. No entanto, as candidaturas ao projetos de promoção local foram suspensas em 2006, mantendo-se a continuidade dos processos dos projetos de promoção ainda em curso assim como a agilização dos projetos de promoção central.

No caso do Programa Conforto Habitacional Para Pessoas Idosas (PCHI), que resulta de um protocolo entre o Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social e alguns municípios, criado em 2007, a intervenção é direcionada especificamente para um dos indicadores mais desfavoráveis na população idosa, e que se reporta às características do seu espaço habitacional. Propõe-se, assim, melhorar as condições habitacionais dos idosos, quer ao nível de infraestruturas (como por exemplo, melhoramentos na cobertura, nas paredes e na caixilharia de portas e janelas; criação ou adaptação de espaços como cozinha, casa de banho; melhoramento de espaços já existentes, por exemplo, colocando lavatórios, sanitas, banheiras e bases de duche; adaptações que facilitem o acesso à habitação, nomeadamente a construção de rampas), quer ao nível de equipamentos (mobiliário e eletrodomésticos). Contudo, esta resposta social apresenta uma abrangência circunscrita a áreas geográficas envelhecidas e com baixo poder de compra concelhio, além de que se aplica exclusivamente a situações em que o idoso é o proprietário do imóvel, excluindo por isso os casos de arrendamento. Paralelamente, para ser beneficiário desta medida é exigido que o idoso utilize

o Serviço de Apoio Domiciliário ou frequente um Centro de Dia ou cuja prestação destes serviços esteja dependente das intervenções de melhoria habitacional.

No âmbito do programa PARES, o objetivo central é o de ampliar a rede de equipamentos sociais no território continental, alargando assim a oferta nas respostas sociais direcionadas para, entre outros públicos, os idosos, financiando a construção ou ampliação de instalações assim como aquisição de equipamento móvel. Mais concretamente, este é um programa orientado para o reforço dos serviços de apoio domiciliário e dos centros de dia, e aumento do número de lugares em lares de idosos. Atualmente as candidaturas ao programa encontram-se encerradas.

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) resulta de uma parceria entre o Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social e o Ministério da Saúde, e visa dar resposta, em particular, à questão da dependência funcional temporária ou prolongada, doença incurável em estado avançado e em fase final de vida. Trata-se da implementação de um sistema de coordenação nacional, de funcionamento descentralizado, integrando um conjunto de instituições públicas e privadas, tais como hospitais, centros de saúde, serviços distritais e locais da Segurança Social, as autarquias locais e a Rede Solidária, que procura garantir a prestação de cuidados continuados de saúde e de apoio social aos cidadãos, sendo os idosos o maior grupo utilizador das respostas que integram os cuidados continuados. A Rede apresenta uma diversidade de respostas de cuidados continuados de acordo com os níveis de dependência, as necessidades de internamento e de cuidados médicos, asseguradas por diferentes tipos de estruturas, nomeadamente: Unidades de Internamento (que incluem Unidades de Convalescença, Unidades de Média Duração e Reabilitação, Unidades de Longa Duração e Manutenção, Unidades de Cuidados Paliativos); Unidades de Ambulatório (Unidade de Dia e de Promoção da Autonomia); Equipas de gestão hospitalares (Equipa de Gestão de Altas e Equipas Intra-hospitalares de suporte em cuidados paliativos) e Equipas domiciliárias (Equipas de cuidados continuados integrados). A RNCCI assume-se como um projeto político que traduz um esforço de alteração do papel do setor público nas questões de prestação de cuidados, expresso num envolvimento mais direto e ativo. No entanto, e no que concerne ao apoio social, a maior parte dos serviços desta rede continua a ser assegurado pelas Misericórdias e outras IPSS. Até a Rede ser criada, o apoio a pessoas em situação de dependência, com necessidades de cuidados de saúde e de apoio social, era garantido pelas respostas de Apoio Domiciliário Integrado (ADI) e pelos Serviços de Apoio Domiciliário, ambos enquadrados no âmbito do PAII.

Por último, destacam-se outros serviços de apoio que resultam de uma preocupação com as questões de segurança dos idosos. O Programa Apoio 65 – Idosos em Segurança, implementado pela Guarda Nacional Republicana (GNR) – Ministério da Administração Interna, prevê o reforço de policiamento dos locais públicos mais frequentados por idosos, a instalação de telefones nas residências das pessoas que vivem mais isoladas e o incremento da colaboração entre a GNR e outras entidades que prestam apoio aos idosos. É um programa que pretende abranger, sobretudo, os idosos que vivem afastados ou isolados dos centros populacionais mais densos. Por sua vez, a Provedoria da Justiça desenvolveu uma linha telefónica denominada Linha do Cidadão Idoso, gratuita e em funcionamento nos dias úteis, que pretende esclarecer, junto das pessoas idosas que entrem em contato com o serviço, informação relativa aos seus direitos e benefícios na área da saúde, segurança social, habitação, obrigações familiares, ação social, equipamentos e serviços, lazer, entre outras questões.

#### **4.4. Mecanismos de acesso à proteção social e modalidades de financiamento**

Importa, agora, analisar os mecanismos de acesso à proteção social e modalidades de financiamento dos benefícios apresentados no ponto anterior.

Relativamente aos benefícios de natureza monetária enquadrados no sistema contributivo, o financiamento provém, para a maioria, de um sistema misto que articula as contribuições dos beneficiários ativos com capitais do Fundo de Pensões da Segurança Social. A exceção é a Pensão Mínima de Velhice e a de Sobrevivência, ambas parcialmente financiadas através de transferências do Orçamento Geral de Estado, já que assentam num princípio de solidariedade social de tipo assistencial.

A carreira contributiva do indivíduo constitui o fator central quer para o acesso aos benefícios, quer para o cálculo dos respetivos montantes. No sentido de cobrir as situações de exclusão do regime geral contributivo e de garantir as condições mínimas de vida, foram instituídos o Complemento Extraordinário de Solidariedade e a Pensão Social de Velhice, ambos financiados por transferências do Orçamento Geral do Estado. O quadro seguinte sintetiza os critérios de acesso e os mecanismos de avaliação da elegibilidade do acesso a cada um dos benefícios.

Quadro 5 – Condições para a titularidade de benefícios sociais monetários

Benefício Social	Condições para a titularidade
<b>Pensão de Velhice</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Destina-se a trabalhadores por conta de outrem, trabalhadores independentes, membros de órgãos estatutários, trabalhadores do serviço doméstico, beneficiários do seguro social voluntário.</li> <li>- Os beneficiários têm de ter completado 65 anos (idade legal para reforma para ambos os sexos). A reforma antecipada é possível em algumas condições, embora suspensas desde 2012 com a vigência do programa de ajustamento económico e financeiro, com exceção dos regimes especiais de antecipação da idade de acesso que se mantêm. Reforma aos 65 anos não é obrigatória.</li> <li>- Cumprimento do prazo de garantia exigido: Mínimo de 15 anos de contribuições efetivas, com uma contribuição mínima anual de 120 dias com registo de remunerações por ano. Ou 144 meses com registo de remunerações para beneficiários abrangidos pelo seguro social voluntário.</li> <li>- Pensão completa aos 40 anos de contribuições efetivas.</li> </ul>
<b>Pensão de Sobrevivência</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cônjuge ou parceiro em união de fato sobrevivente, com idade superior a 35 anos ou ex-cônjuge sobrevivente, se com direito a pensão de alimentos.</li> <li>- Descendentes até aos 18 anos (25 ou 27 no caso de educação universitária).</li> <li>- Ascendentes dependentes do falecido, desde que não exista cônjuge ou outros dependentes.</li> <li>- Contribuições efetivas no mínimo por 36 meses.</li> <li>- Seguro social obrigatório para a população ativa (empregados e trabalhadores por conta própria).</li> </ul>
<b>Pensão Social de Velhice</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- O beneficiário tem de ter completado 65 anos de idade.</li> <li>- Não ser titular de nenhuma pensão do regime contributivo.</li> <li>- Sendo pensionistas de invalidez, velhice ou sobrevivência tenham direito a pensão de montante inferior ao da Pensão Social</li> <li>- Apresentar rendimentos mensais líquidos iguais ou inferiores a 40% do valor do Indexante dos Apoios Sociais – IAS, ou a 60% caso se trate de um casal.</li> </ul>
<b>Pensão Social de Viuvez</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- O beneficiário tem de ter completado 65 anos de idade.</li> <li>- Não ser titular de nenhuma pensão do regime contributivo, e preencher a condição de recursos da pensão social – rendimentos mensais líquidos não superiores a 40% do valor do indexante dos apoios sociais (IAS).</li> </ul>
<b>Complemento Extraordinário de Solidariedade (CES)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ser titular de Pensão Social de Velhice.</li> </ul>

Quadro 5 – Condições para a titularidade de benefícios sociais monetários (continuação)

Benefício Social	Condições para a titularidade
<b>Complemento Solidário para Idosos (CSI)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ser beneficiário de Pensão de Velhice, de Sobrevivência ou equiparada.</li> <li>- Não ter tido acesso à Pensão Social por ter rendimentos acima do valor limite de € 167,69, se for uma pessoa ou de € 251,53, se for um casal (valores para 2012).</li> <li>- Ter rendimentos inferiores ao limite máximo do CSI (€5.022/ano para a pessoa que requer o CSI; se for casado ou a viver em união de fato há mais de 2 anos os recursos do casal têm de ser inferiores a €8.788/ano)</li> </ul>
<b>Complemento Solidário para Idosos - Benefícios Adicionais de Saúde</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ser beneficiário do CSI.</li> <li>- Pedir o reembolso da despesa no Centro de Saúde onde está inscrito no prazo de 180 dias (6 meses) a contar da data que consta nos recibos.</li> <li>- O médico de família, com base em critérios clínicos, encaminha o beneficiário do CSI para as consultas de prestação de cuidados de saúde oral e a emissão de cheques-dentista.</li> </ul>
<b>Complemento por Dependência</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sem limite de idade.</li> <li>- Beneficiários de qualquer dos regimes de segurança social, em situação de dependência que, não podendo praticar com autonomia os atos indispensáveis à satisfação das necessidades básicas da vida quotidiana, precisam da assistência de outrem.</li> <li>- Grau de dependência avaliado por juntas médicas que operam no quadro da Segurança Social. O grau de dependência é avaliado utilizando metodologias internacionalmente reconhecidas: VARTHEL, KATZ, CIF e RUG. É certificado pelo Sistema de Verificação de Incapacidades (SVI).</li> <li>- Condição específica para atribuição do Complemento por Dependência de 1º grau: o valor da pensão não pode ser superior a 600€.</li> </ul>

No que toca às respostas sociais não monetárias, e tal como referido anteriormente, cabe às instituições privadas não lucrativas o papel central no campo da organização e provisão de serviços de cuidados a idosos. Essas instituições possuem autonomia na seleção dos idosos beneficiários, tendo por base critérios de prioridade previamente definidos pelas próprias instituições, e que passam, sobretudo, pela proximidade da área de residência, enquadramento familiar do idoso, privilegiando os que se encontram numa situação de maior isolamento social e com fracas redes sociais de suporte, assim como os que apresentam uma maior vulnerabilidade económica.

O processo de financiamento das respostas sociais não monetárias passa pela comparticipação da Segurança Social às IPSS, definida nos Protocolos de Cooperação celebrados anualmente entre o Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social e as associações representantes das IPSS. Nessas negociações, são fixados os montantes de comparticipação financeira da Segurança Social às entidades privadas não lucrativas, relativamente ao custo da prestação de cuidados, sendo definido um valor base de comparticipação por utente/mês.

Simultaneamente, a prestação de cuidados é financiada pelo utente, através do sistema de copagamento. O copagamento consiste na comparticipação dos utentes no pagamento dos serviços de prestação de cuidados, cujos montantes, pagos diretamente às IPSS, são calculados de acordo com o rendimento do idoso ou seu agregado familiar. A comparticipação do utente aumenta significativamente para casos de prestação de outros serviços, para além dos definidos como básicos, ou cuja prestação se reporte a um período fora dos dias úteis semanais.

O quadro seguinte sintetiza as fontes de financiamento dos benefícios sociais não monetários assim como os critérios de acesso aos mesmos.

**Quadro 6 – Mecanismos de financiamento e critérios de acesso a benefícios sociais não monetários**

<b>Benefícios sociais não monetários</b>	<b>Financiamento</b>	<b>CrITÉRIOS de acesso aos benefícios</b>
<b>Serviço de Apoio Domiciliário</b>	Orçamento Geral do Estado  Cofinanciado pelo próprio beneficiário, com valores calculados de acordo com os seus rendimentos ou do agregado familiar.	O processo de seleção dos beneficiários é realizado pelas instituições prestadoras de cuidados, de acordo com um conjunto de critérios previamente definidos.
<b>Centro de convívio</b>	Orçamento Geral do Estado.  Cofinanciado pelo próprio beneficiário, com valores calculados de acordo com os seus rendimentos ou do agregado familiar.	O processo de seleção dos beneficiários é realizado pelas instituições prestadoras de cuidados, de acordo com um conjunto de critérios previamente definidos.
<b>Centro de Dia</b>	Orçamento Geral do Estado.  Cofinanciado pelo próprio beneficiário, com valores calculados de acordo com os seus rendimentos ou do agregado familiar.	O processo de seleção dos beneficiários é realizado pelas instituições prestadoras de cuidados, de acordo com um conjunto de critérios previamente definidos.
<b>Centro de Noite</b>	Orçamento Geral do Estado.  Cofinanciado pelo próprio beneficiário, com valores calculados de acordo com os seus rendimentos ou do agregado familiar.	O processo de seleção dos beneficiários é realizado pelas instituições prestadoras de cuidados, de acordo com um conjunto de critérios previamente definidos.

**Quadro 6 – Mecanismos de financiamento e critérios de acesso a benefícios sociais não monetários (continuação)**

Benefícios sociais não monetários	Financiamento	Crítérios de acesso aos benefícios
<b>Acolhimento Familiar para Pessoas Idosas</b>	Orçamento Geral do Estado	<ul style="list-style-type: none"> <li>- A título excecional, poderão existir relações de parentesco entre a família de acolhimento e o idoso, a partir do 3º grau da linha colateral.</li> <li>- Inexistência ou insuficiência de respostas sociais que permitam a manutenção do idoso no seu domicílio.</li> </ul>
<b>Residência Assistida</b>	Financiado pelo próprio beneficiário	-

No caso das respostas que integram os planos e programas de apoio, apresentam uma diversidade de fontes de financiamento. Assim, para os programas PAII, PARES e PCHI, o financiamento é assegurado por receitas de jogos sociais explorados pela Santa Casa de Misericórdia de Lisboa, através de verbas que são entregues ao Instituto de Gestão Financeira da Segurança Social que, por sua vez, assegura a distribuição dessas verbas pelas entidades candidatas aos programas. A utilização das respostas sociais geradas pelos programas PAII e PARES exige um copagamento por parte dos beneficiários utilizadores, cujos montantes são calculados de acordo com o rendimento do idoso ou seu agregado familiar. Por seu turno, a RNCCI apresenta um modelo de financiamento mais complexo, assente no princípio da diversificação de fontes de financiamento de acordo com o tipo de cuidados prestados. Assim, uma das vias de financiamento das unidades e equipas da rede é o Orçamento Geral do Estado, cuja execução financeira está a cargo quer do Ministério da Saúde, no caso da provisão cuidados se reportarem à vertente da saúde, quer do Ministério do Trabalho e Solidariedade Social, nos cuidados de apoio social<sup>3</sup>. Os preços dos cuidados de saúde e de apoio social prestados nas unidades de internamento e ambulatório da rede, por utente, estão fixados e são periodicamente revistos. Atualmente estão em vigor os valores aprovados pela Portaria de Portaria n.º 220/2011, de 1 de Junho. Os utilizadores das Unidades de Internamento de Média Duração e Reabilitação e Longa Duração e Manutenção e das Unidades de Dia e de Promoção

<sup>3</sup> As Unidades de Convalescença e de Paliativos, as Equipas de Gestão de Altas e as Intra-hospitalares de Suporte em Cuidados Paliativos e as Equipas Domiciliárias de Suporte em Cuidados Paliativos são integralmente da responsabilidade do Ministério da Saúde. Por sua vez, As Unidades de Média Duração e Reabilitação e de Longa Duração e Manutenção, as Unidades de Dia e as Equipas Prestadoras de Cuidados Continuados Integrados são da responsabilidade dos dois setores - Ministério da Saúde e Ministério da Solidariedade e da Segurança Social, em função da natureza dos cuidados prestados.



da Autonomia e Equipas de Cuidados Continuados da Rede participam mediante o copagamento dos cuidados recebidos, cujos montantes são calculados a partir do rendimento do idoso ou do seu agregado familiar.

O acesso às respostas de proteção social no âmbito do programa PAII e do PARES está dependente de um processo de seleção realizado pelas instituições prestadoras de cuidados, de acordo com um conjunto de critérios previamente definidos. No âmbito do programa PCHI, o acesso aos benefícios é muito restrito, quer ao nível de abrangência geográfica, limitando-se a alguns poucos concelhos, quer em relação ao próprio parque habitacional, na medida em que se aplica apenas nas situações em que o idoso é proprietário do imóvel a intervencionar. Para aceder a uma unidade da RNCCI o indivíduo tem de apresentar pelo menos uma das seguintes situações: dependência funcional transitória por convalescença, ou dependência funcional prolongada decorrente de fase avançada ou terminal de doença. O ingresso na rede de cuidados é decidida pela Equipa de Gestão de Altas, no caso do idoso se encontrar hospitalizado, ou caso esteja em casa, por profissionais de cuidados primários, como médicos, assistentes sociais e enfermeiros do Centro de Saúde onde o idoso está inscrito.

O quadro seguinte resume as fontes de financiamento dos programas e benefícios sociais não monetários assim como os critérios de acesso aos mesmos.

Quadro 7 – Mecanismos de financiamento e critérios de acesso a programas

Programas	Financiamento	Crítérios de acesso aos programas
<b>Programa de Apoio Integrado a Idosos (PAII)</b>  <b>(Suspensão desde 2006)</b>	<p>Exclusivamente financiado com verbas provenientes dos resultados líquidos da exploração dos jogos sociais, atribuídos ao Ministério da Solidariedade e da Solidariedade Social e transferidos para o Instituto de Gestão Financeira da Segurança Social. Financiado, nos termos do disposto na alínea g) do número 5 do artigo 3º do Decreto-Lei n.º 56/2006, de 15 de março, por resultados líquidos dos jogos sociais explorados pela Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, em que é definido que 1,7% dos resultados líquidos dos jogos sociais são para projetos e ações de auxílio à população idosa carenciada.</p>	<p>O processo de seleção dos beneficiários é realizado pelas instituições prestadoras de cuidados, de acordo com um conjunto de critérios previamente definidos.</p>
<b>Programa de Alargamento da Rede de Equipamentos Sociais (PARES)</b>	<p>Exclusivamente financiado com verbas provenientes dos resultados líquidos da exploração dos jogos sociais, atribuídos ao Ministério da Solidariedade e da Solidariedade Social e transferidos para o Instituto de Gestão Financeira da Segurança Social, enquadrado na alínea a) do n.º 5 do artigo 3º do Decreto-Lei n.º 56/2006, de 15 de março, que define que 13% das verbas globais dos jogos sociais destinam-se, entre outros, ao desenvolvimento de programas, medidas, projetos, ações, equipamentos e serviços que visem elevar o nível de vida das pessoas idosas, melhorar as condições de vida e de acompanhamento das pessoas com deficiência e promover o apoio a crianças e jovens, à família e à comunidade em geral, nomeadamente através do desenvolvimento de modelos de financiamento que visem o alargamento ou a melhoria da qualidade da rede de equipamentos e serviços.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- As entidades que se podem candidatar ao programa são IPSS ou entidades equiparadas.</li> <li>- São priorizadas as candidaturas que garantam aumento de capacidade em territórios com baixa taxa de cobertura, com forte discriminação positiva dos projetos que apresentem um maior montante de financiamento próprio.</li> </ul>

Quadro 7 – Mecanismos de financiamento e critérios de acesso a programas (continuação)

Programas	Financiamento	Crítérios de acesso aos programas
<b>Programa Conforto Habitacional Para Pessoas Idosas (PCHI)</b>	Exclusivamente financiado com verbas provenientes dos resultados líquidos da exploração dos jogos sociais, atribuídos ao Ministério da Solidariedade e da Solidariedade Social e transferidos para o Instituto de Gestão Financeira da Segurança Social.	<p>- O financiamento é atribuído a cada município, de acordo com o número de melhorias habitacionais a realizar, tendo como limite mínimo a intervenção cinco habitações por município. O programa tem abrangência territorial definida.</p> <p>- A sinalização de pessoas com necessidades de qualificação habitacional pode ser efetuada através do: Município; Junta de Freguesia; Centro Distrital do ISS, I.P.; IPSS ou equiparadas com utentes de Centro de Dia e Serviço de Apoio Domiciliário.</p> <p>- O beneficiário tem de ter 65 ou mais anos cujo rendimento mensal <i>per capita</i> seja igual ou inferior ao valor do indexante dos apoios sociais, desde que reúnam, cumulativamente, os seguintes requisitos:</p> <p>a) Vivam em habitação própria ou residam numa habitação há pelo menos 15 anos de forma permanente e que a mesma se encontre inscrita na matriz predial em seu nome, ou, que habitem por igual período de tempo, a título não oneroso, um prédio não descrito no registo predial em nome de terceiro, que careça de qualificação em função da situação e necessidade em que se encontram;</p> <p>b) Estejam a usufruir de serviços de apoio domiciliário, frequentem a resposta Centro de Dia, ou cuja prestação destes serviços esteja dependente da qualificação habitacional;</p> <p>c) Residam sozinhas ou em coabitação com outras(s) pessoa(s) idosa(s), familiar(es) com deficiência, menores, ou maiores desde que estudantes e sem rendimentos do trabalho ou prestações substitutivas destes.</p> <p>d) A título excecional e fundamentado, podem beneficiar do programa pessoas que não estejam a usufruir de apoio domiciliário, mediante despacho favorável do diretor do centro distrital de segurança social da área de residência.</p>

Quadro 7 – Mecanismos de financiamento e critérios de acesso a programas (continuação)

Programas	Financiamento	Crítérios de acesso aos programas
<b>Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)</b>	<p>Orçamento Geral do Estado:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Os cuidados de saúde são financiados pelo Ministério da Saúde.</li> <li>- Os cuidados sociais são financiados pelo Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social.</li> </ul> <p>Cofinanciado pelo próprio beneficiário, com valores calculados de acordo com os seus rendimentos ou do agregado familiar para a componente de apoio social.</p>	<p>Para aceder a esta Rede é necessário apresentar uma proposta pelas seguintes vias:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- se o candidato estiver internado numa unidade hospitalar no hospital tem de ser a Equipa de Gestão de Altas a fazer a referência para a RNCCI. A proposta é apresentada Equipa Coordenadora Local (ECL);</li> <li>- se estiver em casa são os profissionais do Centro de Saúde que apresentam a proposta de ingresso à Equipa Coordenadora Local.</li> </ul>

Como referido anteriormente, existem instituições privadas lucrativas que disponibilizam um conjunto de respostas de cuidados, com particular destaque para os serviços de apoio domiciliário, lares e residências assistidas, mas que são financiados na sua maioria pelos idosos e/ou seus familiares. Consequentemente, os elevados custos associados a estes serviços privados implica que estes não constituam, frequentemente, uma alternativa concreta de prestação de cuidados, tendo em conta o baixo perfil económico dos idosos portugueses. O setor privado de cuidados é, porém, complexo e a escassez de estudos sobre o mesmo não permite avançar com uma sua caracterização mais detalhada.

## 5. Conclusões e implicações para o Módulo 65+

A estrutura do módulo de questões que será desenvolvido está já previamente definida, na medida em que a sua produção envolve um processo de tradução e adaptação de um instrumento já existente. Apesar disso, e articulando com essa estrutura-base, existem algumas dimensões importantes a acautelar que decorrem do enquadramento teórico, institucional e estatístico que foi apresentado nas secções deste relatório. Abaixo sistematizam-se as grandes áreas que se consideram em défice no domínio da produção de conhecimento sobre cuidados sociais a idosos em Portugal e a forma como o Módulo 65+ procurará dar-lhes resposta.

### Necessidades de apoio social e avaliação da satisfação de necessidades

Uma das primeiras limitações detetadas na informação estatística disponível decorre da ausência de dados detalhados sobre as necessidades de apoio social que os indivíduos experienciam e sobre a intensidade/gravidade dessas necessidades. Formulações que decorrem da avaliação subjetiva do estado de saúde geral e da existência de limitações nas atividades diárias, de forma geral também, podem apenas funcionar como *proxies* para avaliar a dimensão da população idosa que vive com algum tipo de necessidade de apoio social (embora para uma estimação que se apresenta sempre em potencial).

Uma segunda limitação decorre da ausência de sequenciação entre indicadores de avaliação de necessidades e indicadores de utilização de serviços de apoio social (formais e informais). O mapeamento detalhado das necessidades de apoio social não permite desenvolver bases seguras para o domínio da decisão política se não se fizer acompanhar de um mapeamento igualmente detalhado dos níveis de satisfação e das modalidades desenvolvidas para satisfação dessas necessidades. Ou seja, um dos objetivos principais no desenvolvimento de instrumentos de monitorização estatística nestes domínios deve ser o apuramento de medidas com poder discriminante elevado para identificação de necessidades não satisfeitas e de indivíduos e grupos em situação de vulnerabilidade.

**Módulo 65+** incluirá questões detalhadas sobre necessidades em ADL's e IADL's, operacionalizando-as segundo uma tripla perspetiva: identificação de limitações nas atividades

da vida diária, por intensidade; identificação de necessidades de apoio; identificação dos apoios recebidos, por tipo de apoio e por tipo de cuidador (formal e informal).

### **Multidimensionalidade dos cuidados sociais em sistemas familistas**

Toda a literatura consultada, frequentemente sustentada em evidência empírica limitada na sua abrangência, aponta para a complexidade, diversidade e multidimensionalidade dos arranjos familiares no domínio do desenvolvimento de soluções para a prestação de cuidados sociais aos idosos, continuando a afirmar-se que são as famílias os atores principais no esquema geral de provisão de bem-estar à população idosa.

Por outro lado, e largas vezes também, se encontram referências, na literatura, a modalidades diversas de erosão das dinâmicas familiares no domínio do apoio aos idosos, que colocarão em causa alguns dos mecanismos tradicionais de resposta a necessidades de apoio social emergentes com a idade avançada.

Ora, nem um nem outro postulado se sustentam em evidência empírica de base alargada e, nomeadamente, em informação de tipo longitudinal que permita, com segurança, testar um e outro. O **Módulo 65+** deverá ser capaz de produzir esses dados, através de uma bateria complexa e multidimensional de indicadores que permitam mapear, detalhadamente, as redes e os recursos, humanos e materiais, monetários e não monetários, com potencial de mobilização e com mobilização concretizada no desenvolvimento de mecanismos de prestação de apoio social aos idosos.

### **Os apoios formais e seus utilizadores**

Os diferentes mecanismos de apoio social em serviços, em Portugal, partem frequentemente da associação da necessidade de apoio a situações de vulnerabilidade socioeconómica, o que determina, largamente, a própria orientação quer de decisores políticos, quer de técnicos no terreno. Tal postulado, porém, sustenta-se em frágil evidência empírica.

Na realidade, é urgente perceber os próprios processos de decisão dos indivíduos (e suas redes sociais) na sua relação com a rede de apoios formais. Só assim se poderão estabelecer algumas bases mais ou menos sustentadas para desenvolver modelos de estimação de tendências no campo da procura de serviços. **Módulo 65+** procurará produzir dados que sustentem esse tipo de análise.

### Financiamentos

Num contexto de limitações claras à capacidade de expansão dos mecanismos de financiamento público de cuidados, é necessário produzir informação detalhada sobre as estratégias que indivíduos, e suas famílias, desenvolvem para financiar cuidados sociais a idosos. Os instrumentos de monitorização estatística disponíveis não permitem detalhar os processos de alocação de recursos especificamente para obtenção de cuidados de apoio social. Adicionalmente, permanece sobre a questão dos mecanismos de financiamento de cuidados uma névoa relativamente densa em relação ao que se passa dentro da família (ou do agregado familiar). Como é que as famílias se organizam para suprir, financeiramente, as necessidades de apoio dos seus idosos é um domínio de grande centralidade para o processo de tomada de decisão política e que se procurará detalhar finamente com o **Módulo 65+**.

### Cuidadores informais

Se é verdade que a dimensão informal da provisão de cuidados continua a ser assumida como central no sistema português, quer por quem se dedica ao estudo destas matérias, quer por quem toma decisões sobre os mecanismos de disponibilização de apoios formais, também é verdade que permanecem desconhecidos um conjunto grande de aspetos relacionados com os cuidadores informais.

Logo em primeiro lugar, há dificuldade em estimar contingentes de cuidadores informais. Os indicadores disponíveis tendem a partir de uma formulação geral do envolvimento na prestação de cuidados, o que previsivelmente distorce a própria medição do fenómeno. Ora, é importante conhecer, com rigor, a capacidade instalada de cuidado informal (quantos cuidadores, de quem cuidam, e com que intensidade cuidam).

Por outro lado, é crucial perceber as dinâmicas de envolvimento em prestação de cuidados informais, na perspetiva do cuidador, nomeadamente para mapear os motivos, os incentivos e os custos desse envolvimento. Só assim se conseguirão definir bases mais ou menos sólidas para poder estimar tendências de evolução futura no campo da disponibilidade de cuidados informais.

**Módulo 65+** contemplará questões detalhadas sobre o envolvimento de indivíduos adultos na prestação de cuidados de apoio social a idosos, incluindo a medição da intensidade desse envolvimento, da articulação com outros (agentes formais e informais) na prestação de cuidados, das contrapartidas (monetárias e não monetárias) pela prestação dos cuidados, das consequências da prestação de cuidados na saúde física e emocional, na situação financeira e familiar.

O trabalho exploratório que deu origem a este relatório confirmou a necessidade de produzir, em Portugal, dados robustos sobre o número e as características das pessoas que recebem e que prestam cuidados, sobre as pessoas que utilizam serviços de apoio formal, incluindo informação detalhada sobre as suas circunstâncias sociais e económicas e sobre os seus contributos para o financiamento dos cuidados. O trabalho confirmou, ainda, que existe algum espaço para melhorar a qualidade das análises que são desenvolvidas ao tema dos cuidados de apoio social a idosos pela inclusão de abordagens que privilegiem uma matriz de avaliação de custo-eficiência, sendo para isso necessária a produção de dados adequados ao efeito.

Porto e FLUP, 15 de março de 2013